



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM - MPENF**

Thais Alves Matos

**CUIDADOS PALIATIVOS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE  
EMERGÊNCIA HOSPITALAR E OS CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE  
DIRETRIZES PARA O CUIDADO SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM**

Florianópolis  
2015



THAIS ALVES MATOS

**CUIDADOS PALIATIVOS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE  
EMERGÊNCIA HOSPITALAR E OS CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE  
DIRETRIZES PARA O CUIDADO SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer

**Área temática** O cuidado no processo de viver, adoecer e morrer

**Orientadora:** Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2015.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Matos, Thais Alves

CUIDADOS PALIATIVOS : A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE  
EMERGÊNCIA HOSPITALAR E OS CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE  
DIRETRIZES PARA O CUIDADO SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM / Thais  
Alves Matos ; orientadora, Ana Izabel Jatobá de Souza -  
Florianópolis, SC, 2015.

85 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Gestão do  
Cuidado em Enfermagem. 3. Cuidados Paliativos. 4.  
Enfermagem. 5. Urgência e Emergência. I. Souza, Ana Izabel  
Jatobá de. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em  
Enfermagem. III. Título.

**THAIS ALVES MATOS**

**CUIDADOS PALIATIVOS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE  
EMERGÊNCIA HOSPITALAR E OS CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE  
DIRETRIZES PARA O CUIDADO SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de **Mestre Profissional em Gestão do Cuidado Em Enfermagem**, a aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – MPGENF/UFSC.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem**

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2015.

---

**Profa. Dra. Jane Cristina Anders**  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza  
(UFSC - Presidente)

---

Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa  
(UFSC - Membro)

---

Profa. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento  
(UFSC - Membro)

---

Profa. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi  
(UFSC - Membro)



*Dedico à minha família,  
que está sempre ao meu lado,  
participando de minhas conquistas.*





## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por ter me dado forças para continuar em frente, sem esquecer meus objetivos, valores e crenças.

À **Minha orientadora Ana Izabel** por ter aceitado o desafio de me orientar, sempre me apoiando e incentivando, sabendo respeitar meus diferentes momentos, sabendo encaixar as palavras certas nos momentos ideais. E aos membros da banca, por aceitar participar e por tantas contribuições ao trabalho.

Aos **pacientes e seus familiares**, que despertaram em mim o interesse pelo tema da pesquisa e que me trazem tantas lições diariamente.

À **Equipe da Emergência Adulto**, por ter participado ativamente da pesquisa, demonstrando interesse em aprimorar o cuidado, visando a dignidade e qualidade de vida de nossos pacientes.

Especialmente à minha mãe, Maria Cristina, principal apoiadora dos meus sonhos, sempre incentivando e apoiando cada momento da minha vida! Ao meu ‘paidrasto’, Ronaldo, que sempre me teve como sua filha e me amou como tal. Juntos me ensinaram o valor de estudar, dedicar-se a uma carreira e, principalmente, a importância da honestidade e da compaixão.

Ao meu pai, Tadeu e à minha ‘boadrasta’ Poli, que, mesmo longe, sempre me apoiaram e se orgulharam até mesmo das menores conquistas.

Aos meus irmãos e irmãs, que são aqueles que estarão comigo o resto de minha vida, tenho certeza! Amo muito todos vocês e sou uma pessoa mais feliz por saber que tenho vocês ao meu lado.

Ao meu amor, Ginho, por todo carinho, compreensão e principalmente pelo apoio e incentivo nos momentos de desânimo. Por saber estar ao meu lado em silêncio, mas também por ser a palavra certa quando era preciso. Te amo!

As minhas queridas amigas, que foram presentes que a Emergência me trouxe, sem vocês eu não seria metade do que sou hoje, vocês moram no meu coração e fazem de mim uma pessoa melhor!

Além de tudo, agradeço todos que de alguma forma contribuem para o crescimento e desenvolvimento da Enfermagem, que lutam pelo reconhecimento e aprimoramento da profissão. E, em especial aqueles que fazem dela não só uma ocupação, mas uma Profissão, uma Paixão, que se dedicam a esta profissão com amor e comprometimento, nos fazendo sentir orgulho e admiração.

E a todos aqueles que não citei mas de alguma forma fizeram parte de minha caminhada, não só nesses últimos dois anos, mas em toda a minha vida. Muito Obrigada!



MATOS, Thais Alves. **Cuidados paliativos:** a realidade de uma unidade de emergência hospitalar e os caminhos na construção de diretrizes para o cuidado sob a ótica da enfermagem. 2015. 103 f. Dissertação. (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

**Orientadora:** Profa Dra Ana Izabel Jatobá de Souza

**Linha de Pesquisa:** O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos: conhecer os cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes em condição paliativa internados em uma unidade de emergência; identificar os conhecimentos e as dificuldades da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência adulto sobre os cuidados paliativos; e elaborar diretrizes para o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos atendidos em uma unidade de emergência, em conjunto com a equipe de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial. O cenário escolhido foi a Unidade de Emergência Adulto de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, que presta assistência à saúde da população e desenvolve simultaneamente atividades de ensino, pesquisa e de extensão. Os participantes foram 22 profissionais de enfermagem dos três turnos de trabalho que aceitaram participar voluntariamente do estudo, selecionados de forma aleatória e a coleta foi realizada nos meses de maio e junho de 2014. Foram realizados dois momentos de coleta de dados: entrevista semiestruturada e grupos de discussão. Das entrevistas participaram 12 profissionais. Dos grupos igualmente participaram 12 profissionais, sendo que apenas dois participaram das duas etapas da coleta de dados. A análise de dados seguiu os princípios da pesquisa convergente assistencial que contempla as seguintes etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Como resultados das entrevistas emergiram as seguintes categorias: cuidados paliativos - a visão da equipe de enfermagem; a realidade do cuidado na unidade de emergência e as dificuldades da equipe no cuidado aos pacientes em situação paliativa. Sendo esta última subdividida em quatro subcategorias: o cuidado, o trabalho em equipe, a família e o ambiente. Estas categoriais serviram de base para a realização dos grupos. Da discussão dos grupos surgiram as sugestões da equipe sobre o que consideravam importante para uma melhor organização do trabalho e para que a equipe se sentisse mais segura durante a prestação dos cuidados, foi possível organizar dois grandes eixos, baseados na análise dos dados dos grupos: critérios para a organização do serviço e o preparo da equipe para cuidar. O presente estudo evidenciou a falta de preparo profissional da equipe de enfermagem da unidade de emergência para lidar com pacientes em cuidados paliativos, além da falta de estrutura para manter estes pacientes nesta unidade. Também foi possível ouvir a equipe e traçar diretrizes baseadas na necessidade de quem efetivamente presta o cuidado e conhece a realidade da instituição, o que é um passo inicial importante, visto que norteia o início e o foco das alterações. Sugerem-se medidas institucionais com a consolidação da equipe de cuidados paliativos padronizando ações voltadas para estes pacientes no espaço hospitalar. Conclui-se que o profissional que atua no cuidado a pacientes em condição paliativa em unidade de emergência consegue avaliar a realidade e propõe medidas que minimizem o despreparo da equipe e o desconforto dos pacientes e familiares. Portanto, evidencia-se a necessidade de estudos que possam ser apresentados aos gestores, justificando os investimentos conforme necessidade da população e da instituição e possibilitando a implantação das medidas sugeridas pela equipe.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Enfermagem, Enfermagem em emergência, Serviço hospitalar de emergência.



MATOS, Thais Alves. **Palliative care**: the reality of a hospital emergency room and the ways in building guidelines for care from the perspective of nursing. 2015. 103 f. Dissertation. (Professional Master in Management of Care in Nursing). Health Sciences Center, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

**Advisor:** Professor Dr. Ana Isabel Jatoba de Souza

**Research Interests:** The care and the process of living, be healthy, get sick and die.

## **ABSTRACT**

This study aimed to: know the care provided by nursing staff to patients in palliative condition admitted to an emergency unit; identify the knowledge and the difficulties of the nursing staff of adult emergency department of palliative care; and develop guidelines for nursing care to patients in palliative care admitted in an emergency unit, together with the nursing staff. It is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, and the methodological referencial was Convergent-Care Research. The scenario chosen was the Adult Emergency Unit of a university hospital in south of Brazil, which provides health care to the population and simultaneously develops teaching, research and extension. Participants were 22 nursing professionals from the three work shifts who agreed to participate voluntarily in the study, randomly selected and the sample was collected in May and June 2014. There were two moments of data collection: semi-structured interview and groups discussion. Interviews of 12 professionals participated. The groups also participated 12 professionals, only two participated in both stages of data collection. Data analysis followed the principles of the convergent-care analysis which includes the following steps: collection, synthesis, theorization and application. As a result of the interviews revealed the following categories: palliative care - the vision of the nursing team; the reality of care in the emergency department and the difficulties of the staff caring for the patients in palliative situation. These was subdivided into four subcategories: care, teamwork, family and the environment. These categories formed the basis for the realization of the groups. Discussion groups emerged the team suggestions on what they considered important for a better organization of work and the team feel more secure during the provision of care, it was possible to organize two major axes, based on the analysis of data from groups: criteria for the service organization and the prepare of the team to take care. This study highlighted the lack of professional prepare of the emergency unit of the nursing staff to deal with patients in palliative care, and the lack of structure to keep these patients in this unit. It was also possible to listen to the team and set guidelines based on the need of those who effectively provides the care and know the reality of the institution, which is an important first step, as it guides the beginning and the focus of changes. They suggest institutional measures to consolidate the hospice staff standardizing actions for these patients in hospitals. It is concluded that the professionals who work in the care of patients in palliative condition in the emergency department can assess the reality and propose measures to minimize the unpreparedness of the team and the discomfort of patients and families. Therefore highlights the need for studies to be presented to managers, justifying the investments as required by the population and the institution and enabling the implementation of the measures suggested by the team.

**Keywords:** Palliative Care, Nursing, Emergency Nursing, Emergency service, Hospital.



MATOS, Thais Alves. **Los cuidados paliativos**: la realidad de una sala de emergencias de un hospital y las formas en la construcción de lineamientos para la atención desde la perspectiva de la enfermería. 2015. 103 f. Disertación. (Máster Profesional en Dirección de Atención en Enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

**Director:** Prof. Dr. Ana Isabel Jatoba de Souza

**Líneas de Investigación:** El cuidado y el proceso de la vida, estar sano, se enferman y mueren.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo: conocer la atención recibida por el personal de enfermería a pacientes en estado paliativos ingresados en una unidad de emergencia; identificar el conocimiento y las dificultades del personal de enfermería del servicio de urgencias de adultos de los cuidados paliativos; y desarrollar directrices para la atención de enfermería a los pacientes en cuidados paliativos ingresados en una unidad de emergencia, junto con el personal de enfermería. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo, y el marco metodológico convergente-assistencial Investigación. El escenario elegido fue la Unidad de Emergencia de Adultos de un hospital universitario en el sur de Brasil, que ofrece servicios de salud a la población y se desarrolla simultáneamente la docencia, investigación y extensión. Los participantes fueron 22 profesionales de enfermería de los tres turnos de trabajo que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, seleccionados al azar, y la muestra se recogió en mayo y junio de 2014. Hubo dos momentos de recogida de datos: entrevista y grupos semi-estructurada discusión. Participaron Entrevistas de 12 profesionales. Los grupos también participaron 12 profesionales, con sólo dos participaron en las dos etapas de la recolección de datos. Análisis de los datos siguió los principios del análisis convergente-assistencial que incluye las siguientes etapas: recolección, síntesis, teorización y aplicación. Como resultado de las entrevistas reveló las siguientes categorías: cuidados paliativos - la visión del equipo de enfermería; la realidad de la atención en el servicio de urgencias y las dificultades del personal que atiende a los pacientes en situación paliativa. Este último se subdivide en cuatro subcategorías: el cuidado, el trabajo en equipo, la familia y el medio ambiente. Estos categórica formaron la base para la realización de los grupos. Los grupos de discusión surgieron las sugerencias del equipo en lo que ellos consideran importantes para una mejor organización del trabajo y el equipo se sienta más seguro durante la prestación de la atención, fue posible organizar dos ejes principales, con base en el análisis de los datos de los grupos: criterios para la organización de servicio y la preparación del equipo para cuidar. Este estudio pone de relieve la falta de preparación profesional de la unidad de emergencia del personal de enfermería para hacer frente a los pacientes en cuidados paliativos, y la falta de estructura para mantener a estos pacientes en esta unidad. También era posible escuchar el equipo y establecer directrices sobre la base de la necesidad de los que efectivamente proporciona el cuidado y conocer la realidad de la institución, que es un primer paso importante, ya que guía el principio y el enfoque de los cambios. Sugieren medidas institucionales para consolidar el personal del hospicio estandarizar las acciones de estos pacientes en los hospitales. Se concluye que los profesionales que trabajan en el cuidado de pacientes en estado paliativos en el servicio de urgencias se puede evaluar la realidad y proponer medidas para reducir al mínimo la falta de preparación del equipo y el malestar de los pacientes y las familias. Por lo tanto, es evidente la necesidad de estudios que se presentará a los directivos, lo que justifica las inversiones, según sea necesario por la población y por la institución y que permite la aplicación de las medidas sugeridas por el equipo.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos, Enfermería, Enfermería emergencia, servicios de emergencia, hospitales.





## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>7</b>
3.1	CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRICO E DEFINIÇÕES .....	7
3.2	A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS .....	10
3.3	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E O PROGRAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA A DOR E CUIDADOS PALIATIVOS .....	12
<b>4</b>	<b>DESENHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>15</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	15
4.1.1	Concepção .....	15
4.1.2	Instrumentação.....	15
4.1.3	Perscrutação.....	16
4.1.4	Análise e Interpretação .....	17
4.2	ASPECTOS ÉTICOS .....	18
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
5.1	MANUSCRITO 1 – OS DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA .....	21
5.2	MANUSCRITO 2 – CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	39
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO.....</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE C – CARTILHA: ENTENDENDO CUIDADOS PALIATIVOS .....</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXO 1 - ESCALA DE DESEMPENHO DE KARNOFSKY .....</b>	<b>75</b>
	<b>ANEXO 2 - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA (PPS).....</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXO 3 - ESCALA DE DESEMPENHO DE ZUBROD .....</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXO 4 - ESCALA DE ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA DE KATZ .....</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>83</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Com os avanços da ciência e da tecnologia, os índices de cura de doenças têm crescido cada vez mais, no entanto, o limite do uso destes avanços e de ações invasivas no tratamento de pacientes com doenças incuráveis configura um dilema bioético. Deste modo, a decisão pela forma de cuidado ao paciente gera dúvidas e incertezas nos profissionais, familiares e pacientes (SALES; ALENCASTRE, 2003; BOEMER, 2009; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008). Não é incomum vermos em emergências hospitalares equipes de saúde tomando medidas heroicas, utilizando-se do que há de mais moderno na medicina atual para prolongar uma vida, muitas vezes sem nenhum tipo de perspectiva de cura e com ausência total de qualidade de vida. Neste universo, emerge a noção de cuidados paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) acredita que, em 2020, as doenças cardíacas, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias crônicas, as infecções respiratórias e o câncer de pulmão serão as cinco principais causas de morte previsíveis (OMS, 2004). Segundo dados do Ministério da Saúde, mais de 330 mil pessoas morreram por causas cardiovasculares em 2011 e mais de 125 mil por doenças do aparelho respiratório (DATASUS). Além disso, no ano de 2014, estima-se que tenham surgido no Brasil mais de 300 mil novos casos de câncer em homens e mais de 270 mil em mulheres (BRASIL, 2014).

Ao pensar em cuidados paliativos, o limite da vida é aceito, tendo como objetivo o cuidar e não o curar. Isso não significa a suspensão de tratamentos e a indução da morte, mas sim a compaixão, o não abandono, uma relação humanizada entre profissionais, pacientes e familiares, integrando os aspectos físicos, psicológicos e espirituais ao tratamento dos sintomas e o controle das doenças, quando possível (GUEDES; SARDO; BORENSTEIN, 2007).

Percebe-se que em diversas ocasiões o atendimento hospitalar se faz necessário, e muitas vezes a internação é inevitável, porém em minha vivência profissional, como enfermeira assistencial de uma emergência hospitalar, observo dificuldades da equipe multiprofissional no atendimento aos pacientes em cuidados paliativos na unidade de emergência. Esta dificuldade relaciona-se ao local correto para a permanência destes pacientes, a demanda de tempo, as inseguranças, e os sentimentos da equipe que na maior parte das vezes não compreende o que é cuidado paliativo, visto que não há cultura institucional para atuar a partir da filosofia e princípios dos cuidados paliativos.

A visão da equipe parece vincular o cuidado paliativo ao nada fazer, ao deixar morrer desassistido e, portanto resiste e não aceita a realização de algumas intervenções, dentre os quais a administração de antibióticos e outros procedimentos de custo significativo. Percebo, também, certo descontentamento dos profissionais, que consideram a permanência desses pacientes na unidade de emergência como motivo para a falta de vagas que poderiam ser direcionadas para pacientes com quadros agudos e reversíveis, as ditas “emergências de verdade”, utópicas no modelo de saúde ainda existente no Sistema Único de Saúde (SUS). Havendo suficientes leitos de internação, não seria necessária a permanência destes pacientes em unidades de emergência por tempo prolongado, diferentemente do que se observa hoje.

De igual forma, percebo que existe ainda dificuldades dos profissionais da Enfermagem em lidar com o processo de morte e morrer, com o sentimento de “fracasso profissional”, com a negatividade trazida pela certeza da morte e com o sentimento de compaixão e sofrimento. Estas dificuldades foram descritas anteriormente, como fatores desencadeantes de desgaste psicológico em muitos profissionais (OLIVEIRA, 2014). Percebo ainda pouca discussão sobre o tema na formação profissional, o que dificulta a prestação de cuidado recomendado pela filosofia do cuidado paliativo, principalmente no que tange o período de morte desses pacientes.

Os cuidados ao paciente em fase terminal representam um grande desafio para os enfermeiros que devem reconhecer que, quando as metas do curar deixam de existir, as metas do cuidar devem ser reforçadas (GUEDES; SARDO; BORENSTEIN, 2007; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008; AVANCI et al., 2009).

Neste contexto, é importante salientar que o cuidado paliativo não deve ser iniciado somente após o tratamento curativo ineficaz, devendo estar presente desde o início da terapêutica, visando promover qualidade de vida durante todo o tratamento. Deve-se propor um cuidado humanizado sem esquecer-se da dimensão holística que deve estar presente no cuidado ao ser humano (SALES; ALENCASTRE, 2003; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008).

A equipe de enfermagem, pela proximidade com o paciente, forma vínculos, conferindo ao profissional a possibilidade de educá-lo para o exercício de sua autonomia. Assim, com o auxílio da Enfermagem, bem como de outros profissionais, o paciente tem a capacidade de tomar suas próprias decisões, assumindo uma posição ativa e, juntamente com a equipe, opinar sobre seu tratamento, mesmo em condição paliativa (TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008).

Sendo assim, é importante que os profissionais que constituem a equipe multiprofissional estejam preparados para saber agir de maneira integrada, tanto na visão curativa, quanto na paliativa. Ou seja, investindo nos pacientes com perspectivas de cura, porém sem deixar de lado o alívio de sintomas desconfortáveis dos pacientes sem esta perspectiva, promovendo o apoio psicológico, a participação da família e a autonomia dos pacientes nas decisões inerentes ao seu tratamento.

Atualmente, pacientes em cuidados paliativos constituem uma realidade cada vez mais presente em nossos hospitais. E estes enfrentam sérias dificuldades administrativas, gerando impacto sobre os profissionais, familiares e pacientes. Vários são os problemas, dentre eles a falta de recursos humanos, a inexistência de uma rede de suporte domiciliar e a ausência de prioridade deste tipo de cuidado para os gestores (BOEMER, 2009).

Nas unidades de emergência, além destes problemas, é comum não conhecermos detalhadamente algumas informações sobre o paciente. A ausência do familiar no momento da entrada, e, por vezes, durante todo o período de internação diminui as possibilidades de se conhecer a história, as características e o contexto socioeconômico de onde este indivíduo vem, o que no âmbito da atuação junto a paciente em situação de cuidados paliativos traz prejuízos para o estabelecimento do melhor plano de cuidados e de tratamento.

Entretanto, desde o início da minha atuação no serviço de emergência, há mais de cinco anos, foi possível perceber um aumento gradual do número de pacientes em cuidados paliativos atendidos na unidade, sejam aqueles que já chegam nesta condição ou aqueles que têm seu quadro definido durante a internação. Esta situação gera inquietação e diversos questionamentos pessoais. Deveriam estes pacientes permanecer em uma unidade de emergência? Para onde encaminhá-los? É viável a criação de uma unidade especializada neste tipo de cuidado? É possível criar um programa de cuidados domiciliares para estes pacientes diminuindo a possibilidade de internação estabelecendo uma parceria com as equipes da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica? Quando o atendimento emergencial é indicado nos cuidados paliativos?

Quem vive a realidade das emergências hospitalares sabe da dificuldade em se estabelecer vínculo com o paciente devido ao ritmo de trabalho, a alta rotatividade e a necessidade de se estabelecer prioridades nas ações, além da inexistência de condições adequadas de privacidade, com macas nos corredores, e ainda a falta de estrutura para receber os acompanhantes, que ficam alojados em cadeiras de escritório por diversos dias.

Na minha percepção, o ambiente de uma unidade de emergência hospitalar não é o local mais adequado para a permanência dos pacientes em cuidados paliativos, porém a realidade atual do sistema de saúde não tem permitido melhores condições para esses atendimentos. Portanto, faz-se necessária a estruturação de serviços adequados. Mas enquanto o paciente é recebido e permanece nas emergências, é necessária a capacitação da equipe para o cuidado a esses pacientes, como medida emergencial para garantia da qualidade do cuidado prestado e da qualidade de vida.

Desta maneira, acredito estarmos vivendo um momento que exige a readequação das estruturas para o recebimento destes pacientes, e também de capacitação profissional. Percebo que este é o momento de conversar com profissionais e esclarecer as dúvidas e mitos ainda existentes, para que assim se possa proporcionar um cuidado cada vez mais humanizado aos pacientes em cuidados paliativos e dentro dos princípios estabelecidos nesta área de atenção à saúde.

Procurando encontrar embasamento para este trabalho, busquei subsídios nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (Bdenf), com textos produzidos no período de 2002 a 2014 usando como descritores: Enfermagem, Emergência, Urgência e Cuidados Paliativos. Não foram encontrados estudos que tratassem acerca da presença de pacientes em cuidados paliativos em unidades de emergência, exceto aqueles que abordavam as intercorrências clínicas classificadas como situações de emergência nesta clientela específica. Este fato reforça a lacuna atual no conhecimento, onde a realidade dos pacientes em condição paliativa internados em unidades de emergência parece ficar velada, e os esforços para melhorias na rede ficam distantes da vivência dos pacientes, familiares e profissionais.

Para buscar soluções para a realidade atual, tracei como perguntas de pesquisa: *Quais os cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes em condições paliativas em uma unidade de emergência? Quais os conhecimentos e dificuldades desta equipe? E ainda, quais as estratégias que poderiam ser implementados para qualificar a atenção a estes pacientes?*



## **2 OBJETIVOS**

Desta maneira, traço como objetivos deste trabalho:

- Conhecer os cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes em condição paliativa internados em uma unidade de emergência.
- Identificar os conhecimentos e as dificuldades da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência adulto acerca dos cuidados paliativos.
- Elaborar diretrizes para o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos atendidos em uma unidade de emergência, em conjunto com a equipe de enfermagem.





### 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para a sustentação teórica foi feita uma breve incursão nas bases de dados Lilacs, Scielo e Bdenf, utilizando como palavras-chave ‘Enfermagem’ e ‘Cuidados Paliativos’, de textos produzidos de 2002 a 2014. Foram encontrados 198 resultados, porém ao realizar a leitura dos resumos foi possível observar a repetição dos artigos nas diferentes bases de dados e o distanciamento da temática de investigação sendo assim, foram incluídos 54 artigos por aproximação com o tema para posterior leitura na íntegra. Foram utilizados os seguintes livros nacionais: Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia, 2006; Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil, 2006; Cuidado Paliativo, 2008; e Manual de cuidados paliativos, 2012. Além de publicações oficiais de instituições internacionais como a Organização Mundial da Saúde, delineando conceitos e aspectos importantes deste tema.

#### 3.1 CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRICO E DEFINIÇÕES

Em 1948 foi criada, pela Organização das Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde, dividida em seis regionais (África, Américas, Europa, Ásia Sul-oriental, Pacífico Ocidental e Mediterrâneo Oriental) com o objetivo de direcionar e coordenar as ações de saúde ao redor do Mundo. Em suas publicações a OMS dá suporte para a criação de programas e políticas públicas em saúde e visa solucionar as principais questões relacionadas à saúde pública mundial (OMS, 2004; 2007).

No preâmbulo de sua constituição a OMS conceitua saúde como “estado completo de bem estar físico, mental e social, não somente a ausência de afecções ou enfermidades” (OMS, 1946). Porém este conceito não parece estar integrado ao universo dos cuidados paliativos devido a sua superficialidade, desta maneira, o conceito ampliado, definido na VIII Conferência, aproxima-se mais do contexto, considerando a saúde:

[...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

A noção de cuidados paliativos iniciou em 1967, quando Cecily Saunders, enfermeira, médica e assistente social inglesa fundou o St. Christopher Hospice, em Londres, dando início a um movimento que visava o controle de sintomas e o cuidado ao ser humano de forma integral (CREMESP, 2008; BRASIL, 2001). Porém, somente em 1982 a OMS iniciou o reconhecimento dos cuidados paliativos quando o Comitê de Câncer da Organização criou um grupo de trabalho com vistas a definir medidas para controle da dor a todos os países e para deliberar outros cuidados a serem prestados a pacientes com câncer (CREMESP, 2008). Com isso, em 1996 publicou-se a primeira definição oficial de Cuidados Paliativos:

[...] cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares. (OMS, 1996).

Posteriormente a Organização Mundial da Saúde estabeleceu três medidas visando o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos enquanto parte integrante de políticas públicas de saúde. Foram elas: políticas governamentais para assegurar a integração de serviços específicos de

cuidados paliativos com a estrutura e financiamento do sistema público de saúde; uma política de educação para dar suporte ao treinamento de profissionais de saúde, voluntários e público em geral; e uma política de medicamentos, visando fornecer as principais drogas para controle da dor e outros sintomas físicos e psicológicos, principalmente os analgésicos opióides para alívio da dor (OMS, 1996).

Desde 2002, a OMS assume em todas as suas publicações uma nova definição de cuidados paliativos, onde estes são vistos como:

[...] abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002).

Em consonância com este conceito também foram publicados alguns princípios, visando reger a aplicação dos Cuidados Paliativos, são eles: a promoção do alívio da dor e de outros sintomas estressantes; a reafirmação da vida, sendo a morte como um processo natural; não antecipação ou postergação da morte; a integração de aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; a sistematização que auxilie o paciente a viver tão ativamente, quanto possível, até a sua morte; um sistema que dê auxílio à família e entes queridos, para que se sintam amparados durante todo o processo da doença; e ainda o início precoce, concomitantemente às medidas de prolongamento de vida, incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (OMS, 2002).

Com a publicação de *The solid facts Palliative Care*, pela OMS em 2004, a visão acerca dos Cuidados Paliativos pode ser ampliada, pois a Organização assumiu uma mudança na realidade de saúde mundial, com o aumento de pessoas vivendo com condições crônicas de saúde. Desta forma, a OMS afirma que os sistemas de saúde devam preocupar-se mais em conhecer as necessidades destas pessoas, para assim poder prestar cuidado visando o máximo de qualidade de vida possível. O controle da dor e de outros sintomas não deverá mais ser preocupação apenas com pacientes com câncer, mas sim em todos aqueles que apresentarem condições crônicas de saúde e especial atenção deverá ser dada também a seus familiares, inclusive após o momento da morte (OMS, 2004).

Nesta publicação a OMS discute diferentes aspectos acerca dos cuidados paliativos, dentre os quais:

- A mudança nas características populacionais, considerando a mudança nas principais causas de morte ao redor do mundo com o passar dos anos;
- a similaridade das necessidades dos doentes e seus familiares, apesar das diferentes características de cada patologia;
- a inovação do sistema de saúde global, desenvolvendo os cuidados paliativos e integrando-os a saúde pública;
- os direitos e opções relacionadas aos cuidados paliativos, destacando a importância da qualidade do cuidado prestado e as questões éticas, visando justiça, equidade e igualdade nos serviços oferecidos;
- medidas simples para cuidados paliativos eficazes, com destaque no alívio da dor, em uma comunicação sensível e habilidosa, além de serviços organizados;
- cuidados paliativos de qualidade igualmente assegurados aos grupos vulneráveis; melhorar os serviços e o cuidado prestado através de medidas como a formulação de guidelines e caminhos de cuidados;
- a educação dos profissionais, visando que profissionais generalistas tenham conhecimentos em cuidados paliativos;
- a educação da população lembrando a morte como natural;
- e ainda, a realização de pesquisas e treinamento como prioridade, devendo os cuidados paliativos ser aplicados concomitantemente aos curativos. (OMS, 2004).

Dados de 2011 mostram que 159 países desenvolvem algum tipo de iniciativa relacionada a cuidados paliativos, sendo que 136 tem pelo menos um serviço de cuidados paliativos estabelecido. A Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) divide os países em seis grupos de acordo com o desenvolvimento apresentado com relação aos serviços de cuidados paliativos. O Brasil está atualmente no grupo 3a, juntamente com Cuba, México e outros 71 países, que apresentam alguma iniciativa isolada acerca dos cuidados paliativos (LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011).

A América Latina tem atualmente 922 serviços que prestam algum tipo de cuidados paliativos, sendo 93 destes no Brasil. Apenas três países da América Latina têm uma lei nacional específica acerca dos cuidados paliativos e no Brasil há apenas um programa nacional, vinculado a dor e aos cuidados a pacientes oncológicos (PASTRANA et al., 2012).

O marco inicial dos serviços de cuidados paliativos no País deu-se em 1996 com o surgimento do Serviço de Cuidados Paliativos no Instituto Nacional do Câncer (INCA) e desde então outras iniciativas importantes vem contribuindo para o crescimento deste tipo de cuidado, como a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), em 1997 e da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005, além do reconhecimento da Medicina Paliativa como uma subespecialidade em 2011 (PASTRANA et al., 2012).

Segundo Pimenta (2010), o cuidado paliativo é um “modo de cuidar” que tem como objetivo o aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas relacionados a doenças que coloquem a vida em risco, através do alívio da dor e de outros sintomas, suporte espiritual e psicossocial, desde o diagnóstico até o fim da vida e o luto.

Mesmo com o avanço da ciência, grande parte das doenças ainda não pode ser curada, estando o tratamento voltado para o controle dos sintomas em função da cronicidade. Sendo assim, duas situações se tornariam obrigatoriedade: ou todos os doentes estariam em Cuidados Paliativos, ou só estaria em Cuidados Paliativos o doente em seus últimos momentos de vida. Esta última situação, está relacionada a um equívoco comum: pensar que cuidados paliativos são aqueles oferecidos apenas na fase final da vida, quando “não há mais nada a fazer” (CREMESP, 2008). Para se atuar em cuidados paliativos é preciso superar esta concepção, onde estão presentes as sensações de fracasso e impotência e tomar uma atitude mais ativa e positiva da terapêutica (CID, 2012).

Diante desta situação, a abordagem paliativa e a curativa, simultaneamente, é totalmente viável. Na fase de diagnóstico e início de tratamento, a presença de uma equipe especializada em condição paliativa não é uma obrigatoriedade, podendo qualquer profissional desenvolver tais ações. Porém, com a progressão da doença, o tratamento curativo perde eficácia no controle de sintomas, e os Cuidados Paliativos se fazem necessários, tornando-se essenciais no momento em que a impossibilidade de cura se torna uma realidade. Neste momento, a intervenção de uma equipe treinada de profissionais, com experiência no controle de sintomas, biológicos ou não, com comunicação de qualidade, é imprescindível para que paciente e seus familiares possam compreender o processo que vivenciam (CREMESP, 2008).

Na terminalidade da vida, onde a morte se aproxima de maneira irreversível, e a expectativa de fim da vida é definida como dias ou semanas, os Cuidados Paliativos tornam-se essenciais e complexos, requerendo atenção específica e contínua ao paciente e seus familiares (CREMESP, 2008). O cuidado a uma pessoa no fim da vida deve estar focado em saber quem é essa pessoa e a sua família, observando suas capacidades, necessidades e limitações, além de exigir consciência das nossas próprias capacidades e limitações enquanto profissionais, de modo a direcionarmos as nossas ações para ajudarmos o paciente e sua família nesta etapa (GUEDES; SARDO; BORENSTEIN, 2007).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos traça um perfil clássico dos pacientes em cuidados paliativos, tendo este como características principais: ser portador de enfermidade avançada e progressiva, a resposta à terapêutica curativa pouco possível, oscilação clínica, com a ocorrência de várias crises e necessidades, grande impacto emocional e social para o doente e sua família, prognóstico de vida limitado e ainda a necessidade de adequação terapêutica (MACIEL et al., 2006).

Além destas características típicas que podem ser facilmente identificadas pelos profissionais de saúde, existem também escalas internacionalmente utilizadas para classificação da condição em que o paciente em cuidados paliativos se encontra. São elas: a Escala de Desempenho de Karnofsky (ANEXO 1), do American Joint Committee on Cancer (AJCC), que foi desenvolvida para aplicação em pacientes oncológicos, porém tem sido utilizada em outras doenças crônicas de forma adaptada, sendo chamada então de Escala de Performance Paliativa (PPS) (ANEXO 2), a Escala de Desempenho de Zubrod (ANEXO 3), da Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), que mede em cinco diferentes níveis o estado geral de pacientes em cuidados paliativos e ainda a Escala de Atividade de Vida Diária de Katz (ANEXO 4), que avalia as condições do paciente em realizar suas atividades diárias (MACIEL et al., 2006; CREMESP, 2008).

Maciel (2008) destaca algumas definições que se encaixam nas perspectivas atuais de cuidados paliativos, sugerindo que o termo paciente terminal seja evitado, utilizando-se então paciente elegível para cuidados paliativos para referir-se aos pacientes com doenças crônicas que reduzam o prognóstico de vida a meses ou anos; paciente em processo de morte àqueles que tenham prognóstico de semanas a mês de vida; e fase final da vida quando o prognóstico é de horas ou dias. Outros termos indicados são: Palição para referir-se a uma medida que gere alívio de sofrimento e Ação Paliativa para medidas que tenham como objetivo o bem-estar do paciente, reduzindo as repercussões negativas da doença.

Os cuidados paliativos vêm como uma resposta das ciências da saúde que pretendem ajudar o paciente e seus familiares a enfrentar um processo de sofrimento diante da ameaça da vida, através de uma perspectiva holística, que contemple os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. A abordagem paliativa vem baseada em uma atenção integral, individualizada, onde paciente e família formam uma unidade de cuidado, e todos que participam dos cuidados ao paciente são parte desta unidade (CID, 2012). Não é apenas o paciente que vai ser cuidado, mas também sua família, que deverá receber cuidados até mesmo durante a fase de luto (SILVA; KRUSE, 2009).

### 3.2 A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS

É bastante ressaltada no contexto dos cuidados paliativos a importância do trabalho multidisciplinar, tendo a Enfermagem seu papel fundamental dentro desta equipe. Para a composição de uma equipe multiprofissional para atenção aos pacientes em Cuidados Paliativos é importante a presença de profissionais para o cuidado aos sintomas do corpo, da mente, do espírito e das questões sociais. Assim podemos citar agentes religiosos, assistente social, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, terapeuta ocupacional, psicólogos, além dos profissionais da enfermagem (TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008; CREMESP, 2008).

Para a OMS o enfermeiro tem papel fundamental nos cuidados paliativos, pois pode atuar de maneira próxima ao paciente e sua família, o que favorece conhecê-los de maneira única, facilitando assim os encaminhamentos para as outras disciplinas e serviços. Haja vista o conceito do International Council of Nurses (ICN), do ano de 2010, adotado pela OMS, o qual considera que a Enfermagem:

[...] abrange o cuidado autônomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis, em todos os ambientes. Inclui a promoção da saúde, prevenção da doença, e o cuidado às pessoas doentes, dependentes e morrendo. Defende a promoção de um ambiente seguro, de investigação, participação na formulação de políticas de saúde. Gerenciamento de sistemas e educação também são papéis fundamentais de enfermagem. (ICN, 2010).

Fica sugerido como parte da função destes profissionais os cuidados físicos e emocionais, atuando na educação destes pacientes, bem como no gerenciamento dos sintomas (OMS, 2011).

O cuidado é o foco do trabalho da Enfermagem, cuidado este que deve ser qualificado, diferenciado e desenvolvido com competência pelos profissionais. Este é parte inerente da Enfermagem, pois esta tem maior contato com o paciente, e se faz mais presente, podendo ser a ponte entre o paciente, família e os demais profissionais (TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008; CREMESP, 2008).

Como implícito no tema cuidados paliativos há a possibilidade da morte e do morrer. Percebe-se que o final da vida exige mais tempo do profissional de enfermagem. Estes, quando inseridos em uma equipe com pouca ou nenhuma capacitação para tal cuidado, acabam não se sentindo preparados ou confiantes para realizar os cuidados exigidos nesta etapa. Estes cuidados se referem a promoção do conforto, a compreensão das reações frente à situação de morte do doente, família e consigo mesmo; o auxílio no crescimento pessoal do doente, família e de si mesmo, a valorização do sofrimento e das conquistas, o empoderamento do outro em seu cuidado, a luta para preservar a integridade física, moral, emocional e espiritual, exigindo assim um vínculo do profissional com esta clientela. É importante destacar que a família do paciente em Cuidados Paliativos também é foco da atenção da equipe e segue sendo cuidada mesmo após a morte do paciente, no momento do luto, quando a equipe precisa demonstrar compaixão diante do sofrimento (SALES; ALENCASTRE, 2003; CREMESP, 2008).

Em Cuidados Paliativos a atenção é direcionada para as necessidades holísticas do paciente. O cuidado deve ser individualizado, através das demandas e desejos de cada ser cuidado, observando sempre para que o paciente consiga manter, dentro do possível, o controle de sua vida, preservando sua autonomia. A participação ativa do paciente e seus familiares nas decisões e cuidados permitem uma melhor compreensão e vivência do processo de morrer, quando este se faz presente (SALES; ALENCASTRE, 2003; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008). O profissional de enfermagem que atua em cuidados paliativos deve priorizar a defesa da autonomia do paciente, auxiliando o mesmo na compreensão de seu quadro para que possa participar das decisões e escolhas de seu tratamento de forma consciente e orientada (RODRIGUES; ZAGO, 2006).

A presença constante da equipe de enfermagem, que permanece junto ao paciente e seus familiares durante as 24 horas, facilita a avaliação e o acompanhamento da evolução do quadro do paciente o que pode auxiliar no controle da dor e de outros sintomas (MONTEIRO; OLIVEIRA; VALL, 2010). O estabelecimento de prioridades nas intervenções, a avaliação sistemática de sinais e sintomas, a orientação e interação com a família e o paciente visando o alcance de uma terapêutica efetiva devem fazer parte das habilidades do profissional enfermeiro que atua em cuidados paliativos (FIRMINO, 2012).

Para o cuidado paliativo em enfermagem é necessário que o profissional seja flexível, disponível, atento, honesto e presente, reconhecendo o ser humano como único e advogando pelo doente. Também fazem parte do papel do enfermeiro que atua em cuidados paliativos a educação e a comunicação, sempre com foco no paciente e na família (PIMENTA, 2010). Os enfermeiros são responsáveis pela gestão dos cuidados paliativos tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida. Além disso, a articulação entre diferentes níveis de atenção e a educação dos cuidadores informais também se encontram dentro das funções deste profissional (PAEZ ARMENTEROS, 2007).

É essencial ao profissional de enfermagem que atua nesta área conhecimento acerca de alguns pontos específicos, bastantes destacados neste tipo de cuidado, como o aprofundamento sobre os efeitos de drogas anestésicas, o reconhecimento de situações de distanásia, conhecendo e aplicando os princípios éticos e bioéticos envolvidos, o desenvolvimento da habilidade de comunicação, além de saber trabalhar em equipe, e saber cuidar, também, da família (RODRIGUES; ZAGO, 2006).

No Brasil, a “Enfermagem paliativa” ainda não é reconhecida, porém nos Estados Unidos da América (EUA), há mais de vinte anos existe uma instituição que tem como missão proporcionar o gerenciamento da dor e manter a excelência nos cuidados de enfermagem perto do final da vida, decorrente de uma doença crônica degenerativa, a Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA), criada em 1986 (CREMESP, 2008; HPNA, 2006).

É através do investimento na formação profissional em Cuidados Paliativos que se poderá minimizar o custo do cuidado no sistema de saúde, uma vez que evita consultas reincidentes,

internações hospitalares, tratamentos desnecessários, uso de equipamentos caros e principalmente reduzir o sofrimento do paciente e seus familiares (PIMENTA; MOTA, 2006).

### 3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E O PROGRAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA A DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) é composta por diversas portarias que regulamentam os serviços ligados aos atendimentos de urgência, dentre elas a Portaria 1863/GM, de setembro de 2003, que institui a Política propriamente dita e tem a intenção de garantir a organização dos sistemas regionalizados, a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (BRASIL, 2006).

Atualizada em 2011, provocou no País um movimento para que todas as unidades de saúde tenham condições de atender aos agravos agudos de saúde. No entanto, observa-se que estes atendimentos continuam mais centrados nas emergências hospitalares e nas unidades de pronto atendimento (BRASIL, 2011; ALMEIDA; PIRES, 2012).

A Política assume a insuficiente estruturação da rede de atendimento aos agravos agudos de saúde e visa organizar o atendimento destes, reconhecendo o aumento da demanda de pacientes vítimas de acidentes, violência e preocupando-se sempre em valorizar a proteção da vida, através da reanimação, estabilização e cuidados resolutivos aos pacientes que procuram a rede (BRASIL, 2006).

Fica definido que a Política deve ser instituída observando componentes fundamentais, dentre os quais redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida. Fazem parte destas redes: as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, as portas hospitalares de atenção às urgências, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, além de modalidades de Atenção Domiciliar e Hospitais-Dia (BRASIL, 2006).

Apesar dos cuidados paliativos não estarem explicitamente citados dentro da Política, é possível refletir que, através desta estruturação da rede, os pacientes que necessitam deste tipo de cuidado estariam melhor amparados, pois poderiam ser cuidados dentro de seus domicílios, e estariam sendo atendidos pela equipe de saúde da família, a qual devem conhecer seu real estado de saúde e suas particularidades.

Estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, também são incentivadas pela Política (BRASIL, 2006), o que poderia incluir os pacientes em cuidados paliativos. Com a integração do Sistema Único de Saúde através de um complexo regulador, e com o intercâmbio dos subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações seria possível a adequação de leitos hospitalares e até mesmo a criação de unidades especializadas em cuidados paliativos, desafogando as emergências e prestando assistência mais qualificada e específica para estes pacientes (BRASIL, 2006).

No Brasil pode-se observar uma preocupação do governo com relação à estruturação dos cuidados paliativos no País, com a divulgação da Portaria GM 19/2002 que institui, no Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos. A Portaria considera que a ocorrência de dor é a razão principal pela qual 75 a 80% das pessoas procuram os serviços de saúde. É também, uma das principais causas do sofrimento humano, gerando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, constituindo-se em grave problema de saúde pública (BRASIL, 2002).

Está contemplada na Portaria a intenção de serem desenvolvidos esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de

saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativa, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais e cuidados paliativos (BRASIL, 2002).

A presença de sintomas é certamente uma fonte de sofrimento e de angústia ao paciente em Cuidados Paliativos. A avaliação é parte importante do processo de cuidar e constitui o primeiro passo para orientar o entendimento do problema. Diversos sintomas são comuns nestes pacientes, dentre eles intercorrências gastrointestinais como constipação, diarreia, náuseas, sintomas respiratórios, como a dispneia, a tosse e a hemoptise, entre outros (CREMESP, 2008). Entretanto, é possível perceber que o texto da Portaria preocupa-se exclusivamente com a dor, e nem sequer cita outras intercorrências que possam acontecer aos pacientes em cuidados paliativos e igualmente geram a procura aos serviços de emergência (GUEDES; SARDO; BORENSTEIN, 2007; MACIEL et al., 2006).

Dentre os objetivos do Programa, está o estímulo à organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada. Apesar dos esforços iniciados, há um déficit de serviços com vistas a este tipo de cuidado haja vista a grande extensão geográfica do país e também a demanda atual (BRASIL, 2002; MACIEL et al., 2006).

A história dos cuidados paliativos é algo relativamente recente e, portanto ainda tem muito a evoluir. O acesso de toda a população é fundamental, porém a estruturação dos serviços, bem como a capacitação dos profissionais para que atuem com a visão voltada aos cuidados paliativos é essencial, não só nos serviços especializados. A elaboração de legislações que visem assegurar o direito a este cuidado vem ao encontro do movimento mundial de fortalecimento dos cuidados paliativos, onde a participação dos Governos tem muito a contribuir, seja através de apoio financeiro ou estabelecendo estratégias que possibilitem a aplicação destes cuidados a toda a população.





## 4 DESENHO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). Este tipo de desenho metodológico foi escolhido, pois está voltado para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nos campos de prática, bem como contribuir para solucionar ou minimizar problemas enfrentados no cotidiano pelos profissionais de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) visa atender as necessidades de um dado campo de prática, contribuindo para o desenvolvimento e/ou mudanças nas ações praticadas pelos profissionais. Assim, fica como compromisso do pesquisador a construção de um conhecimento novo, trazendo, desta forma, a renovação das práticas de assistência no campo pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004).

A principal característica da Pesquisa Convergente-Assistencial é a sua articulação intencional com a prática. Desta forma as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa, o que não implica em atribuir a qualidade de idênticas às características destas duas atividades. Cada atividade possui suas particularidades, tem identidade própria, ou seja, existem fronteiras limitadas tanto para a pesquisa quanto para a assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para a formulação de uma pesquisa com essas características existem alguns passos a serem seguidos, definidos por Trentini e Paim (2004) como *fases*. São elas: Fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação. Cada uma dessas fases tem suas subdivisões, facilitando o desenvolvimento. É importante destacar que estes passos não são, necessariamente, lineares. Os passos ocorrem concomitantemente, durante a pesquisa, sofrendo alterações sob a influência do campo prático.

#### 4.1.1 Concepção

Neste estudo a *Fase de Concepção* envolveu o início da pesquisa, a concepção do tema e sua lapidação. Foi nesta fase que pensei toda minha trajetória profissional, todas as minhas experiências definindo a partir daí a área de interesse e assim o foco da pesquisa. Com o tema definido buscou-se uma questão pesquisável, algo que necessitasse de uma resposta baseada em ações, questão esta que guiou toda a pesquisa estando sempre bastante clara para mim.

Também foi importante nesta etapa a busca por material teórico que desse apoio ao tema de pesquisa. Segundo Trentini e Paim (2004), é com base nesses passos que se deu a argumentação da pesquisa, justificando a escolha do tema e definindo o problema de pesquisa.

#### 4.1.2 Instrumentação

A próxima fase foi a de *Instrumentação* onde foram traçados os procedimentos metodológicos da pesquisa e, para tal, necessitou de uma revisão das definições tomadas anteriormente, a questão guia e o propósito da pesquisa. Nesta fase foi determinado o local da pesquisa, os participantes e as técnicas de obtenção e análise dos dados.

O cenário escolhido para o desenvolvimento do presente estudo foi a Unidade de Emergência Adulto de um hospital geral do Sul do Brasil, que presta assistência à saúde da população e desenvolve simultaneamente atividades de ensino, pesquisa e de extensão. A unidade realiza atendimento de emergência 24 horas, sendo porta de entrada para diversos tipos de paciente, inclusive para pacientes em cuidados paliativos. No ano de 2012 foram atendidas mais de 82 mil pessoas nesta unidade, o que representa mais de 200 atendimentos/dia. Foram 3880 internações, atingindo uma taxa de ocupação de mais de 75%.

Atualmente conta com 17 enfermeiros assistenciais, 47 técnicos em enfermagem e nove auxiliares de enfermagem, divididos em três turnos de trabalho, além de quatro enfermeiros residentes, e uma enfermeira chefe de serviço, totalizando 74 profissionais de enfermagem.

A unidade é dividida em dois diferentes ambientes: Repouso, que conta com 13 leitos de internação, sendo um deles reservado para isolamento, com banheiro individual e os demais em modelo de enfermaria, separados por cortinas, um posto de enfermagem, três banheiros (um feminino, um masculino e um unissex); Serviço de Emergência Interna (SEI), onde se dá a entrada e o primeiro contato com os pacientes. Este ambiente é composto por um consultório de acolhimento com classificação de risco, três consultórios de clínica médica, um consultório de clínica cirúrgica, um consultório multiprofissional, uma sala cirúrgica com possibilidade de dois atendimentos simultâneos, uma sala de procedimentos, uma sala de reanimação, com dois leitos equipados individualmente para atendimentos de urgência, uma sala de medicação com 12 poltronas, um banheiro unissex, além de uma quantidade variável de macas no corredor, onde permanecem pacientes internados ou em observação.

A equipe de saúde tenta priorizar o conforto dos pacientes em cuidados paliativos, remanejando a unidade de maneira que estes sejam alocados em leitos do Repouso, ou, quando não é possível, que fiquem em macas com maior privacidade, porém por vezes não é possível esta adequação, fazendo com que eles permaneçam no corredor, sem qualquer tipo de privacidade.

Os participantes foram profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos em enfermagem e enfermeiros) dos três turnos de trabalho que aceitaram participar voluntariamente do estudo. Foram incluídos os servidores com no mínimo seis meses de experiência na unidade e que estivessem lotados efetivamente nesta unidade. Foram tomados como critérios de exclusão: férias, licenças e coberturas temporárias (funcionários de outros setores e Residentes de enfermagem).

A seleção dos participantes foi feita de forma aleatória, considerando a disponibilidade do sujeito de participar das entrevistas e dos grupos de discussão. O convite foi feito pessoalmente durante o horário de trabalho, sendo sugerido que o participante escolhesse o horário que lhe fosse conveniente para a participação nas entrevistas. No caso dos grupos foi feito contato com a enfermeira responsável pelo plantão para saber a possibilidade da realização da discussão durante o horário de trabalho e todos os presentes foram convidados a participar, incluindo sujeitos que não haviam participado das entrevistas.

#### 4.1.3 Perscrutação

Na fase de *Perscrutação* foram aplicadas as estratégias para obtenção de informações. Conforme dito por Trentini e Paim (2004)

[...] na prática estão privilegiados os métodos de entrevistas e observação participante [...]. Assistir e pesquisar são duas atividades importantes e diferentes como esquema de ação, mas presas ao interesse comum e consubstanciadas em ter por feita a potencialização de qualidade da unidade assistencial. (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 84).

Foram realizados dois momentos de coleta de dados, nos meses de maio e junho de 2014: entrevista semiestruturada e grupos de discussão. Na **primeira etapa da coleta** de dados foram

realizadas as entrevistas individuais, com duração entre 10 e 15 minutos. As entrevistas foram audiogravadas, baseadas em um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), em ambiente privativo, visando identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem acerca do cuidado a pacientes em situação paliativa na unidade emergência, bem como a descrição da estrutura do cuidado para esta clientela.

As entrevistas foram transcritas no programa Microsoft Word®, identificadas numericamente, conforme a ordem em que foram realizadas, precedidas pela inicial E, seguida pela letra S, identificando o profissional de nível superior ou M no caso das entrevistas de profissionais de nível médio (Exemplo: ES01 – entrevista de profissional de nível superior 01; EM02 – entrevista de profissional de nível médio 02). Posteriormente foram analisadas e categorizadas, conforme descrito na análise dos dados, para dar embasamento aos encontros em grupos.

Na **segunda etapa da coleta de dados** eram previstos quatro encontros com os participantes ampliando a discussão sobre o tema e procurando fazer uma síntese a fim de construir caminhos para o cuidado de enfermagem aos pacientes em situação de cuidado paliativo na unidade de emergência. Conversando com os participantes com o objetivo de convidá-los para os grupos foi possível perceber que a participação fora do horário de trabalho não seria possível, pois a maior parte deles possuía outra atividade profissional. Além disso, devido a dinâmica do serviço, onde a troca de plantão é permitida, dificilmente seria possível encontrar os mesmos servidores trabalhando juntos, portanto visando o alcance dos objetivos foi necessário adaptar esta etapa.

Sendo assim, foram realizados três encontros, durante o turno de trabalho, sendo dois com a equipe do diurno e o terceiro com a equipe do noturno. A dinâmica foi a mesma em todos os encontros. Inicialmente apresentei um resumo dos dados obtidos das entrevistas, divididos em questões reflexivas para organizar e facilitar compreensão dos participantes, visando a discussão e validação dos mesmos. Foram elas: O que pensamos ser Cuidados Paliativos e o que a OMS preconiza; A nossa realidade: a formação, o cuidado que prestamos, nossas dificuldades e incômodos; e ainda, Propostas: o que queremos. Os encontros tiveram duração média de quarenta minutos e foram registrados em diário de campo para posterior análise, tendo como principal foco as sugestões da equipe para melhorias no cuidado.

#### 4.1.4 Análise e Interpretação

A *Análise* dos dados, para as autoras acima citadas, necessita de atenção especial, não sendo possível utilizar um único método de análise, precisando, portanto, de uma estratégia para a análise dos dados, descrita mais a frente.

A PCA investiga os fenômenos da prática, que são complexos e multifacetados, pois sofrem influência humana e tecnológica. Sendo assim, a análise dos dados necessita de atenção especial, não sendo possível utilizar um único método de análise, precisando, portanto, de uma estratégia para a análise dos dados. Na PCA as fases da pesquisa se sobrepõem, deste modo a coleta e a análise de dados ocorreram simultaneamente (TRENTINI; PAIM, 2004).

A análise se compõe por quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. A apreensão é a fase da coleta de dados, e, conseqüentemente, da organização dos mesmos, neste caso os dados das entrevistas, das discussões em grupos e dos dados encaminhados por meio eletrônico (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para a organização dos dados de entrevista utilizei quadros compostos por duas colunas, sendo que na primeira constavam as falas do entrevistado e na segunda, palavras-chave que representassem aquele trecho da entrevista. Após a organização de todas as entrevistas foi possível identificar grupos de palavras-chave que tinham um mesmo sentido, surgindo assim as seguintes categorias: *cuidados paliativos - a visão da equipe de enfermagem; a realidade do cuidado na unidade de emergência e as dificuldades da equipe no cuidado aos pacientes em situação paliativa.*

Sendo esta última subdividida em quatro subcategorias: o cuidado, o trabalho em equipe, a família e o ambiente.

Estes dados foram novamente organizados em forma de questões reflexivas, já descritas anteriormente, para guiar as discussões com o grupo. Os dados obtidos nos grupos foram registrados em diário de campo, através de palavras-chave e posteriormente incluídos nas categorias em que se encaixavam, além disso, com relação às propostas da equipe, foi possível organizar dois grandes eixos para a construção de diretrizes: critérios para a organização do serviço e o preparo da equipe para cuidar.

Os processos de síntese, teorização e transferência já estão inseridos na fase de *Interpretação* dos resultados. Ou seja, não há como separar a fase de análise da fase de interpretação. Na síntese procurei me familiarizar totalmente com os dados obtidos, tendo domínio sobre o tema da investigação, fazendo leituras exaustivas e críticas dos dados obtidos. O processo de teorização casa os dados obtidos em campo com o encontrado na literatura e a transferência dos resultados da pesquisa dá significado àquilo que foi encontrado e justifica as possíveis mudanças que os resultados possam estabelecer, estando, portanto incluído nos resultados da pesquisa, descritos mais a frente (TRENTINI; PAIM, 2004).

## 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) onde os objetivos da pesquisa e a forma como a mesma seria realizada, sendo que foram orientados quanto a liberdade de recusar a participação, bem como de desistir dela a qualquer momento. Os participantes foram informados acerca da divulgação dos dados obtidos durante a pesquisa, mantendo-se sempre as identidades em anonimato. Este termo de consentimento foi assinado em duas vias, estando uma com a equipe pesquisadora e outra com o participante.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer CAEE 26400114.5.0000.0121 (ANEXO 5) tendo os pesquisadores respeitados às questões éticas nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, além de ter sido solicitada também a autorização da instituição a ser pesquisada (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS

O **número de participantes nas entrevistas** foi definido conforme a **saturação dos dados**. Foram realizadas 12 entrevistas, sendo que houve a participação de oito técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros. Nos grupos de discussão participaram 12 profissionais, sendo que dois também haviam participado das entrevistas (assinalados com \* no Quadro 1), totalizando 22 profissionais participantes. Os participantes tinham idade entre 28 e 53 anos, sendo a média de 37 anos. O tempo de formação variou cinco e 28 anos, com tempo médio de 13 anos, sendo que o tempo de atuação na unidade de emergência adulto ficou entre um e 25 anos e média de nove anos. Dos 15 profissionais que atuam na instituição em cargo de nível médio e participaram da entrevista, quatro cursaram ensino superior, sendo dois deles pós-graduados. Todos os profissionais de nível superior já haviam concluído pelo menos uma pós-graduação (Quadro 1).

**Quadro 1:** Caracterização dos profissionais entrevistados

Entrevista/Código	Função	Idade	Turno	Tempo de formação	Atuação EMG	Escolaridade
Entrevista 01 - EM01*	Téc. Enf.	29	Tarde	8	4	Nível Médio
Entrevista 02 - EM02	Téc. Enf.	28	Tarde	8	4	Nível Médio
Entrevista 03 - ES01	Enfermeiro	29	Tarde	5	1	Pós-graduação
Entrevista 04 - EM03	Téc. Enf.	30	Manhã	11	3	Graduação
Entrevista 05 - EM04	Téc. Enf.	32	Manhã	5	4	Nível Médio
Entrevista 06 - ES02	Enfermeiro	38	Manhã	16	2	Pós-graduação
Entrevista 07 - ES03	Enfermeiro	38	Noite	14	3	Pós-graduação
Entrevista 08 - ES04	Enfermeiro	50	Noite	24	6	Pós-graduação
Entrevista 09 - EM05	Téc. Enf.	50	Noite	23	23	Graduação
Entrevista 10 - EM06*	Téc. Enf.	50	Noite	25	25	Nível Médio
Entrevista 11 - EM07	Téc. Enf.	37	Noite	18	11	Pós-graduação
Entrevista 12 - EM08	Téc. Enf.	35	Noite	18	12	Médio
Grupo 01	Enfermeiro	32	Noite	10	9	Pós-graduação
Grupo 02	Enfermeiro	33	Tarde	10	2	Pós-graduação
Grupo 03	Enfermeiro	32	Manhã	9	3	Pós-graduação
Grupo 04	Téc. Enf.	37	Manhã	15	10	Nível Médio
Grupo 05	Téc. Enf.	53	Noite	28	25	Nível Médio
Grupo 06	Téc. Enf.	34	Manhã	8	4	Nível Médio
Grupo 07	Téc. Enf.	38	Noite	18	13	Pós-graduação
Grupo 08	Téc. Enf.	52	Noite	25	23	Graduação
Grupo 09	Téc. Enf.	29	Tarde	8	1	Nível Médio
Grupo 10	Téc. Enf.	31	Tarde	7	1	Nível Médio

Para a apresentação dos resultados desta pesquisa foram desenvolvidos dois manuscritos, atendendo as exigências do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, conforme orientado na Instrução Normativa 10/PEN/2011. Posteriormente, os mesmos serão submetidos a periódicos científicos.

O primeiro manuscrito: **MANUSCRITO 1 – OS DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA** - este descreve os cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes em condição paliativa internados em unidades de emergência e identifica os conhecimentos e dificuldades da equipe de enfermagem da unidade de emergência adulto acerca dos cuidados paliativos.

O segundo manuscrito: **MANUSCRITO 2 – CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:** busca definir diretrizes de atuação para o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos atendidos em unidade de emergência, em conjunto com a equipe de enfermagem. Desta forma, respondem-se os objetivos da pesquisa.

## 5. 1 MANUSCRITO 1 – OS DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Matos, Thais Alves<sup>1</sup>  
Souza, Ana Izabel Jatobá de<sup>2</sup>

### RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), realizado em uma unidade de emergência adulto de um hospital do Sul do Brasil. Teve como objetivo: identificar os conhecimentos e as dificuldades da equipe de enfermagem da unidade de emergência adulto no cuidado a pacientes em condição paliativa internados em unidade de emergência. Participaram vinte e dois profissionais da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência adulto. Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2014, utilizando-se uma entrevista semiestruturada e grupos de discussão. A análise dos dados seguiu os passos propostos pela Pesquisa Convergente-Assistencial. Após a análise dos dados obteve-se as seguintes categorias: cuidados paliativos - a visão da equipe de enfermagem; a realidade do cuidado na unidade de emergência e as dificuldades da equipe no cuidado aos pacientes em situação paliativa. Sendo esta última subdividida em quatro subcategorias: o cuidado, o trabalho em equipe, a família e o ambiente. Dos resultados destaca-se a falta de capacitação profissional da equipe de enfermagem da unidade para cuidar de pacientes em cuidados paliativos, e a falta de estrutura para manter estes pacientes nesta unidade. Conclui-se que há necessidade de capacitação e preparo psicológico da equipe para o cuidado a esses pacientes, como medida emergencial para garantia da qualidade do cuidado prestado. Além de uma readequação da estrutura física, a fim de que estes tenham condições de permanecer na companhia de seus entes queridos, se assim desejarem. Sugerem-se medidas institucionais com a consolidação da equipe de cuidados paliativos padronizando ações voltadas para estes pacientes no espaço hospitalar.

**Descritores:** Cuidados Paliativos, Enfermagem, Enfermagem em emergência, Serviço hospitalar de emergência.

### ABSTRACT

Descriptive exploratory study with a qualitative approach, and the methodological referencial Convergent-Care Research (PCA) performed on a adult emergency department of a hospital in South of Brazil. We aimed to identify the knowledge and the difficulties of the nursing staff of adult emergency department in the care of patients in palliative condition admitted to the emergency department. The participants were twenty two professional nursing staff of an adult emergency department. Data were collected in May and June 2014, using a semi-structured interviews and discussion groups. Data analysis followed the steps proposed by Convergent-Care Research. After analyzing the data obtained are the following categories: palliative care - the vision of the nursing team; the reality of care in the emergency department and the difficulties of the staff caring for the

---

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial do Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>2</sup> Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade. Docente do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Membro do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e Adolescente da Universidade Federal de Santa Catarina.

patients in palliative situation. These was subdivided into four subcategories: care, teamwork, family and structure. The results highlight the lack of professional training of the nursing staff to care for patients in palliative care, and the lack of infrastructure to keep these patients in this unit. It is concluded that there is need for training and psychological preparation of the team for the care to these patients, as an emergency measure to ensure the quality of care provided. In addition to a readjustment of the physical structure, so that they are able to stay in the company of your loved ones, if they wish. They suggest institutional measures to consolidate the hospice staff standardizing actions for these patients in hospitals.

**Keywords:** Palliative Care, Nursing, Emergency Nursing, Emergency service, hospital.

## RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo, y el marco metodológico de investigación convergente-asistencial (PCA) realizó en un servicio de urgencias de adultos de un hospital en el sur de Brasil. El objetivo fue identificar el conocimiento y las dificultades del personal de enfermería del servicio de urgencias de adultos en el cuidado de pacientes en estado paliativos ingresados en el servicio de urgencias. Los participantes fueron 22 personal de enfermería profesional de un servicio de urgencias de adultos. Los datos fueron recolectados en mayo y junio de 2014, utilizando una entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión. Análisis de los datos siguió los pasos propuestos por la Investigación Convergente-Assistencial. Después de analizar los datos obtenidos son los siguientes categorías: cuidados paliativos - la visión del equipo de enfermería; la realidad de la atención en el servicio de urgencias y las dificultades del personal que atiende a los pacientes en situación paliativa. Este último se subdivide en cuatro subcategorías: el cuidado, el trabajo en equipo, la familia y el medio ambiente. Los resultados ponen de manifiesto la falta de unidad de la formación profesional del personal de enfermería para atender a los pacientes en cuidados paliativos, y la falta de infraestructura para mantener a estos pacientes en esta unidad. Se concluye que existe la necesidad de formación y preparación psicológica del equipo para el cuidado de estos pacientes, como medida de emergencia para garantizar la calidad de la atención prestada. Además de un reajuste de la estructura física, de manera que sean capaces de permanecer en la compañía de sus seres queridos, si así lo desean. Sugieren medidas institucionales para consolidar el personal del hospicio estandarizar las acciones de estos pacientes en los hospitales.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos, Enfermería, Enfermería emergencia, servicios de emergencia, hospitales.

## INTRODUÇÃO

O aumento de pessoas vivendo em condições crônicas de saúde, assumido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, traz uma mudança na realidade da saúde mundial, exigindo uma maior atenção dos sistemas de saúde no que diz respeito aos Cuidados Paliativos. Esta mudança exige que sintomas desagradáveis não deverão ser preocupação apenas em pacientes com câncer, mas sim em todos aqueles que apresentarem condições crônicas de saúde e especial atenção deverá ser dada também a seus familiares, inclusive após o momento da morte (OMS, 2004).

Desta forma os pacientes em cuidados paliativos têm estado cada vez mais presentes em hospitais gerais. As atuais dificuldades de gestão enfrentadas nestas instituições causam impacto em profissionais, familiares e pacientes. A falta de recursos humanos, a inexistência de uma rede de suporte domiciliar e a ausência de prioridade deste tipo de cuidado para os gestores são alguns dos entraves para a prestação de uma assistência adequada a esta clientela (BOEMER, 2009).

Apesar dos avanços tecnológicos, grande parte das doenças não pode ser curada, o que faz com que o controle da evolução da doença seja o objetivo do tratamento. Pensar que cuidados



paliativos são aqueles oferecidos apenas na fase final da vida, quando “não há mais nada a fazer” acaba por gerar uma visão equivocada, onde o conceito de cuidado paliativo fica limitado e a sua aplicação se torna restrita (CREMESP, 2008). Para se atuar em cuidados paliativos é preciso superar esta concepção, onde estão presentes as sensações de fracasso e impotência e tomar uma atitude mais ativa e positiva da terapêutica (CID, 2012).

Há mais de trinta anos, em 1982, o Comitê de Câncer da OMS já criava um grupo de trabalho com vistas a definir cuidados a serem prestados a pacientes com câncer, em especial as medidas para controle da dor recomendadas a todos os países. (CREMESP, 2008). Em 2002, a OMS assumiu uma nova definição de cuidados paliativos, onde estes são vistos como:

[...] abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) algumas características ajudam a traçar um perfil clássico dos pacientes em cuidados paliativos, dentre elas: ser portador de enfermidade avançada e progressiva, oscilação clínica, com a ocorrência de várias crises e necessidades, grande impacto emocional e social para o doente e sua família, prognóstico de vida limitado e ainda a necessidade de adequação terapêutica (MACIEL et al., 2006).

Neste contexto, é importante que os profissionais que constituem a equipe multiprofissional saibam lidar com esta clientela em qualquer ambiente hospitalar, sabendo integrar as ações curativas e paliativas, tendo em mente que o cuidado paliativo se inicia de maneira concomitante as ações curativas, devendo estar presente desde o início da terapêutica, visando promover qualidade de vida durante todo o tratamento. A dimensão holística do cuidado deve estar presente, propondo um cuidado humanizado ao ser humano (SALES; ALENCASTRE, 2003; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008).

No contexto dos cuidados paliativos o trabalho multidisciplinar é de fundamental importância, tendo a Enfermagem seu papel fundamental dentro desta equipe. Uma equipe multiprofissional para atenção aos pacientes em Cuidados Paliativos deve ter, em sua composição, profissionais para o cuidado dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e das questões sociais (TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008; CREMESP, 2008). Sugere-se como parte da função destes profissionais os cuidados físicos e emocionais, atuando na educação destes pacientes, bem como no gerenciamento dos sintomas (OMS, 2004; 2007; 2011).

Devido à presença integral da equipe de enfermagem e pela proximidade da mesma com o paciente, a formação de vínculos torna-se inevitável, o que acaba por conferir ao profissional desta área a possibilidade de contribuir para a educação do paciente para o exercício de sua autonomia. Com o auxílio dos profissionais envolvidos no cuidado, o paciente assume uma posição ativa no seu cuidado, podendo juntamente com a equipe, tomar decisões relativas ao seu tratamento, mesmo em condição paliativa (TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008).

Ainda assim, há um grande desafio para os profissionais da enfermagem que cuidam de pacientes em fase terminal já que é necessário reconhecer que, quando as metas do curar deixam de existir, as metas do cuidar devem ser reforçadas (GUEDES; SARDO; BORENSTEIN, 2007; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008; AVANCI et al., 2009).

A “Enfermagem paliativa” ainda não tem reconhecimento no Brasil, porém nos Estados Unidos da América (EUA), desde 1986 existe uma instituição que tem como missão proporcionar o gerenciamento da dor e manter a excelência nos cuidados de enfermagem perto do final da vida, decorrente de uma doença crônica degenerativa, a *Hospice and Palliative Nurses Association* (HPNA), (CREMESP, 2008; HPNA, 2006).

O investimento na formação profissional em Cuidados Paliativos que se poderá minimizar o custo do cuidado no sistema de saúde, uma vez que evita consultas reincidentes, internações

hospitalares, tratamentos desnecessários, uso de equipamentos caros e principalmente reduzir o sofrimento do paciente e seus familiares (PIMENTA; MOTA, 2006).

Percebe-se que em diversas ocasiões o atendimento hospitalar se faz necessário, e muitas vezes a internação é inevitável, porém ao vivenciar a realidade de uma emergência hospitalar, é possível observar as dificuldades da equipe multiprofissional em lidar com pacientes em cuidados paliativos. Esta dificuldade parece surgir de vários aspectos, entre eles os questionamentos quanto ao local correto para a permanência destes pacientes, a demanda de tempo, as inseguranças, e os sentimentos da equipe, visto que não há cultura institucional para atuar a partir da filosofia e princípios dos cuidados paliativos.

Observando um aumento gradual do número de pacientes em cuidados paliativos atendidos na unidade de emergência, sejam aqueles que já chegam nesta condição ou aqueles que têm seu quadro definido durante a internação, surgem diversos questionamentos: Deveriam estes pacientes permanecer em uma unidade de emergência? Para onde encaminha-los? É viável a criação de uma unidade especializada neste tipo de cuidado?

Considerando o exposto este estudo teve como objetivo: identificar os conhecimentos e as dificuldades da equipe de enfermagem da unidade de emergência adulto no cuidado a pacientes internados em condição paliativa.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). Este tipo de desenho metodológico foi escolhido, pois está voltado para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nos campos de prática, bem como contribuir para solucionar ou minimizar problemas enfrentados no cotidiano pelos profissionais de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

O cenário escolhido para o desenvolvimento do presente estudo foi a unidade de emergência adulto de um hospital do Sul do Brasil que proporciona atendimento de emergência 24 horas, sendo porta de entrada para diferentes situações clínicas, inclusive para pacientes em cuidados paliativos.

O número de participantes nas entrevistas foi definido conforme a **saturação dos dados**. Participaram 12 profissionais, sendo oito técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros durante o mês de maio de 2014. Os grupos foram realizados em junho do mesmo ano e participaram 12 profissionais, sendo três de nível superior e nove de nível médio. Apenas dois profissionais participaram de ambas as etapas, totalizando, portanto, 22 profissionais participantes, sendo sete enfermeiros e 15 profissionais de nível médio. Foram critérios de inclusão: ter no mínimo seis meses de experiência na unidade; ser funcionário efetivo do setor. Considerou-se como critérios de exclusão: férias, licenças e coberturas temporárias (funcionários de outros setores e Residentes de enfermagem).

A seleção dos participantes foi feita de forma aleatória, considerando a disponibilidade de participação nas entrevistas e nos grupos. O convite foi feito pessoalmente durante o horário de trabalho, sendo sugerido que o participante escolhesse o horário que lhe fosse conveniente para a participação nas entrevistas.

A análise de dados seguiu os princípios da PCA que contempla as seguintes etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. A apreensão é a fase da coleta de dados, e, conseqüentemente, da organização dos mesmos, os processos de síntese, teorização e transferência já estão inseridos na fase de interpretação dos resultados. Ou seja, não há como separar a fase de análise da fase de interpretação. Na síntese foi realizada a familiarização com os dados obtidos, buscando total domínio sobre o tema da investigação, através de leituras exaustivas e críticas dos dados obtidos. O processo de teorização compreende os dados obtidos em campo com o encontrado na literatura e a transferência dos resultados da pesquisa dá significado àquilo que foi encontrado e justifica as possíveis mudanças que os resultados possam estabelecer, estando, portanto incluído nos resultados da pesquisa, descritos mais a frente (TRENTINI; PAIM, 2004).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer CAEE 26400114.5.0000.0121 tendo a pesquisa respeitado as questões éticas nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para garantir o anonimato dos sujeitos as entrevistas foram identificadas numericamente, conforme a ordem em que foram realizadas, precedidas pela inicial E, seguida pela letra S, identificando o profissional de nível superior ou letra M no caso das entrevistas de profissionais de nível médio (Exemplo: ES01 – entrevista de profissional de nível superior 01; EM02 – entrevista de profissional de nível médio 02). Posteriormente foram analisadas e categorizadas, conforme descrito na análise dos dados, para dar embasamento aos encontros em grupos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados obtidos através das entrevistas e grupos foi possível organizar o conteúdo nas seguintes categorias: cuidados paliativos - a visão da equipe de enfermagem; a realidade do cuidado na unidade de emergência e as dificuldades da equipe no cuidado aos pacientes em situação paliativa. Os participantes tinham idade entre 28 e 53 anos, sendo a média de 37 anos. O tempo de formação variou 5 e 28 anos, com tempo médio de 13 anos, sendo que o tempo de atuação na unidade de emergência adulto ficou entre 1 e 25 anos e média de 9 anos. Dos 15 profissionais que atuam na instituição em cargo de nível médio e participaram da entrevista, 4 cursaram ensino superior, sendo dois deles pós graduado. Todos os profissionais de nível superior já haviam concluído pelo menos uma pós graduação.

### CUIDADOS PALIATIVOS – CONHECIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Ao serem questionados quanto ao que acreditavam ser Cuidados Paliativos, certos profissionais demonstraram uma visão limitada relacionada ao conceito definido pela OMS, porém não existiam distorções conceituais daquilo que acreditam ser o cuidado paliativo.

*“O cuidado paliativo pra mim nada mais é do que o conforto do paciente quando ele já não tem mais um prognóstico que possa reverter o quadro do paciente. É um quadro de... nada mais do que um conforto, não deixar passar fome, frio, dor, nem nada.” (EM05).*

Este depoimento vai ao encontro do que já foi encontrado no estudo de Cardoso, Muniz, Schwart, Arriera (2013) revelando o entendimento de uma equipe multiprofissional acerca dos cuidados paliativos, onde os profissionais entenderam este como a assistência prestada ao paciente fora de possibilidade de cura, na qual o objetivo é o controle dos sintomas, com destaque para o controle algico, e o alívio do sofrimento psicossocial.

Neste sentido, os profissionais do presente estudo descrevem os cuidados paliativos como uma forma de cuidado que promove o conforto, trazendo qualidade de vida e bem estar, através do alívio da dor e do sofrimento. Porém quando relacionado a quem se destina este tipo de cuidado é possível perceber a crença no cuidado limitado ao fim da vida.

*“É alívio de dor, é um suporte de vida ali no finalzinho.” (EM08).*

*“Pra mim é o cuidado... São medidas que tu vai ter com aquele paciente visando o conforto, visando amenizar a dor dele.” (EM01).*

*“Eu entendo como cuidado paliativo é o cuidado, o máximo de conforto eu tu pode proporcionar ao paciente numa condição em que ele não tem uma perspectiva de*

*melhora. [...] Então cuidado paliativo seria isso, dar uma qualidade de vida naquele tempo que ele tem ainda.” (EM02).*

De maneira geral, a literatura insiste em lembrar que os cuidados paliativos não estão limitados a fase terminal, devendo estar presente desde o momento do diagnóstico de uma doença crônica que represente ameaça a vida de maneira concomitante ao tratamento curativo (PIMENTA, 2006; SALES; ALENCASTRE, 2003; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008; ANCP, 2012)

Existe ainda o pensamento de que o cuidado paliativo implica em deixar de realizar procedimentos, chegando a ser citado como um ‘não tratamento’.

*“É manter o cuidado da pessoa para amenizar o sofrimento, mas não vai fazer um investimento que vá... não é um tratamento, é só um cuidado para manter a pessoa sem dor, sem sofrimento. Não é curativo né, é só para manter o conforto.” (EM07).*

Esta fala traz a sensação de que a informação não chega àqueles que realmente deveriam: os profissionais do campo, que lidam diariamente com os pacientes em cuidados paliativos, considerando que o cuidado paliativo é sim um tratamento e de alta complexidade, pois devem considerar diversos aspectos relativos a cada paciente individualmente e ainda as particularidades de cada enfermidade (ANCP, 2012).

Foi possível perceber também a crença de que o termo cuidados paliativos vem sendo utilizado para a substituição de termos usados anteriormente que se tornaram agressivos e deixando de serem utilizados com o passar dos anos. Como fica claro no seguinte trecho:

*“É aquele paciente que se encontra numa situação de prognóstico reservado, mal prognóstico e que precisa de uma assistência, no caso, de conforto.” (ES02).*

Ou ainda,

*“O termo ‘paliativo’, Antigamente se usava SPP [abreviatura utilizada para a expressão ‘se parar, parou’], então no meu curso técnico era isso.” (EM04).*

O cuidado paliativo não significa a suspensão de tratamentos e a indução da morte, mas sim a compaixão, o não abandono, uma relação humanizada entre profissionais, pacientes e familiares, integrando os aspectos físicos, psicológicos e espirituais ao tratamento dos sintomas e o controle das doenças, quando possível (GUEDES; SARDO; BORENSTEIN, 2007).

Também existe um contrassenso com relação ao início da aplicação dos cuidados paliativos, a equipe parece aguardar um fator determinante para que este seja iniciado, como se existisse um marco inicial determinado que se finda quando a morte chega.

*“Bom, cuidados paliativos pra mim é quando o paciente chega num ponto em que os cuidados pra ele são feitos só para manter um conforto. Que já não estão mais sendo investido para uma melhora clínica dele, mas sim pra manter um bem estar para ele ficar estável até a morte mesmo.” (ES01).*

Como já citado anteriormente, o cuidado paliativo deve iniciar de maneira concomitante ao curativo, não existindo um estopim ou marco inicial. A presença de uma equipe especializada em condição paliativa não é uma obrigatoriedade na fase inicial de uma doença, porém qualquer profissional pode desenvolver ações com este enfoque. Já com a evolução do quadro os Cuidados Paliativos passam a ser necessários para o controle de sintomas, tornando-se cada vez mais essenciais, sendo então a intervenção de uma equipe treinada de profissionais, imprescindível para que paciente e seus familiares possam compreender o processo que vivenciam (CREMESP, 2008). Ou seja, esta transação acontece de maneira gradual, sendo um processo e tendo uma dinâmica específica para cada paciente (CAPONERO; VIEIRA, 2006).

Quando questionados com relação à formação profissional ao longo da carreira para atuar em cuidados paliativos, os profissionais foram unânimes ao afirmar que não obtiveram nenhum tipo de instrução, seja ao longo dos cursos técnicos ou de graduação, seja através de educação continuada ou permanente dentro da instituição pesquisada.

*“Não! Nem técnico e nem psicológico, foi a vida que ensinou. A vida me ensinou.” (EM05).*

*“Tem aquelas disciplinas imensas pra gente pensar, meditar. Então eu acho que nesse sentido a gente tá preparado pra ver as coisas com olhar mais crítico. Mas não que tenha tido alguma coisa específica nessa área pra nos preparar pra trabalhar com pacientes assim.” (ES01).*

Apenas uma entrevistada afirmou ter recebido algum tipo de informação quando trabalhava em outra instituição especializada no tratamento de pacientes oncológicos.

*“Teve, não foi um curso longo, mas lá sempre foi muito presente a educação continuada, então elas sentaram comigo e explicaram. Oh, aqui funciona assim, cuidados paliativos é isso.” (EM08).*

A oferta de disciplinas que incluam a filosofia dos cuidados paliativos nas instituições de ensino é vista como urgente e imprescindível para a melhoria na qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007).

## AS DIFICULDADES DO CUIDADO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Com relação ao cuidado prestado as opiniões foram bastante divergentes. Alguns afirmaram que o cuidado prestado permanece o mesmo, independente do prognóstico do paciente, outros afirmaram que redobram as atenções para que o paciente não tenha nenhum desconforto, ou ainda afirmam que percebem que alguns cuidados deixam de ser prestados, seja por achar desnecessário, ou por acreditar que estará causando algum tipo de desconforto ao realizá-lo.

*“O que eu percebo, é que tantos as enfermeiras como os técnicos atendem igual. Eu não vejo distinção assim. Não é feito pouco caso, é feito tudo direitinho assim. Ele não é deixado de lado por estar em cuidados paliativos.” (ES01).*

*“Eu acho que até muda um pouco, até na questão de manipulação assim. A gente até dá banho, tudo, mas a gente acaba não mexendo muito, pra não causar dor, pra não causar lesão. A gente muda decúbito, faz bastante medicação pra não sentir dor. A gente muda, dentro do esperado.” (EM02.).*

*“Bom, como eu disse, as vezes é um paciente que vem e fica meio de lado por ser cuidados paliativos. Daí, ah, vamos fazer mudança de decúbito. Ah, não, é paliativo, não tá sentido nada... É como se fosse uma pessoa que ainda não morreu, mas não sente, né?! Eu acho que tem essa visão muito de um lado assim.” (EM01).*

Essas afirmações corroboram com o pensamento de que o cuidado paliativo é o nada fazer, ou ainda fazer o mínimo. Porém, diante da impossibilidade de cura o mais adequado é que se busque a redução do sofrimento, com vistas a manter a dignidade do paciente. A omissão de cuidados, como o banho e a mudança de decúbito vai contra a filosofia dos cuidados paliativos, que é baseada na prestação de cuidados que avaliam o indivíduo dentro das dimensões que o compõe, e ainda nos cuidados que possam oferecer o conforto e o alívio, procurando atenuar ou minimizar o sofrimento causado por um quadro patológico (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007).

Os cuidados de higiene e conforto, como o banho no leito e a mudança de decúbito citados nas falas, se tornam cada vez mais importantes de acordo com a evolução do quadro dos pacientes, onde a autonomia e a possibilidade do autocuidado vão se perdendo. A execução destes cuidados colabora para assegurar a dignidade do paciente, auxiliando na manutenção do seu papel social (CHINO, 2012; PEREIRA, 2012).

No cuidado aos pacientes em situação paliativa deve ser especialmente respeitada a autonomia da pessoa, além do processo de decisão e ainda o não abandono (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007). Sendo assim, a não realização destes cuidados pode ser compreendida diante da recusa do paciente ou de seus familiares no caso de pacientes inconscientes, mas não diante de uma decisão unilateral da equipe de enfermagem.

Apesar de não haver uma rotina oficial no local de realização deste estudo, os profissionais afirmaram existir uma tentativa informal de organização do serviço, onde os pacientes sob cuidados paliativos são priorizados para serem retirados de macas nos corredores e colocados em leitos com algum grau de privacidade e conforto, porém esta atitude fica a mercê do bom senso dos profissionais.

*“Vai do bom senso de cada um, então tem aqueles que preservam mais, isso que eu acho legal. Colocar o paciente em cuidados paliativos no repouso primeiro, priorizar assim. Ou então quando o paciente já tá indo [a óbito], e não tem vaga no repouso, procurar colocar pelo menos em um consultório, pra não ficar no corredor.” (ES02).*

Ao longo do tempo, a rotina de trabalho e a experiência profissional adquirida ao lidar-se diariamente com pacientes em situação de terminalidade, exige que os profissionais reflitam sobre suas práticas e concepções e, assim, vejam o cuidado prestado de diferentes perspectivas e com diferentes prioridades. Desta forma, passam a entender a importância da equipe multiprofissional para garantir qualidade de vida e conforto ao paciente e sua família (CARDOSO; MUNIZ; SCHWARTZ; ARRIEIRA, 2013).

Os entrevistados citaram também despreparo por parte da equipe multiprofissional, gerando diferentes condutas e formas de cuidar.

*“Você vê médicos que fazem toda a conduta paliativa e o outro vem e investe, faz exames, pede exames e muda toda a conduta. Pra gente fica difícil [...] tem profissionais com essa ideia mais firme na sua mente e profissionais com mais dificuldades.” (ES04).*

É de fundamental importância para o bom desenvolvimento dos cuidados paliativos que a equipe multiprofissional se relacione bem, mantendo diálogo aberto entre seus membros e também com paciente e família, permitindo assim a tomada de decisão de forma democrática, priorizando seu conforto e qualidade de vida (CARDOSO, MUNIZ, SCHWARTZ, ARRIEIRA, 2013). Quando a fala acima é exposta, fica clara a falta de diálogo entre os membros da equipe, dificultando o entendimento do cuidado que está sendo executado e o relacionamento entre os membros da equipe.

Além disso, a equipe de enfermagem parece não reconhecer nenhum tipo de autonomia seja desta equipe ou do paciente e seus familiares, atribuindo o poder de decisão apenas aos médicos.

*“Eu acho que é quando o médico decide que não vai mais ser investido, [...] É a partir do momento que o médico determina que ele vai entrar em cuidados paliativos”. (EM03).*

Do ponto de vista teórico, no âmbito dos cuidados paliativos as decisões não são tomadas por um único membro da equipe, qualquer que seja sua formação. Cada profissional tem suas funções, porém a tomada de decisão é sempre compartilhada e discutida entre todos, incluindo-se o paciente e seus familiares. Nenhum profissional sozinho é capaz de suprir todas as necessidades

impostas no cuidado integral a um paciente, especialmente tratando-se de cuidados paliativos (MACIEL, 2006; CONSOLIM, 2012; CARDOSO et al, 2013).

A existência de uma equipe de cuidados paliativos no hospital foi citada por uma minoria dos entrevistados, que afirmaram ser uma boa iniciativa, porém subutilizada seja por desconhecimento dos profissionais ou por indisponibilidade da equipe.

*“Eu percebo que muitos, quando tem cuidados paliativos, podem parecer pra equipe de cuidados paliativos. Eu acho que isso é bem legal! Eu percebo que eles vem, conversam com a família. Eles dão um suporte interessante, pelo menos nas vezes que eu presenciei. Mas eu percebo que a equipe ainda fica com dúvida, questiona.” (ES01).*

*“Eu ouvi falar que tem uma comissão de cuidados paliativos aqui no hospital e eu não vejo essa comissão acompanhar aqui na emergência. Eu acho que seria uma coisa interessante, até para dar informações para nós, debater com a equipe médica para rever as condutas.” (EM03).*

Uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos, que conte minimamente com assistente social, enfermeiro, médico e psicólogo, é considerada uma alternativa para hospitais gerais que não possuam unidades destinadas a estes pacientes. Esta equipe pode exercer não apenas o auxílio na assistência ao paciente, mas também atividades de cunho educativo, visando o treinamento dos demais profissionais envolvidos no cuidado (MACIEL, 2006; 2012) Apesar de citada como “equipe/comissão de cuidados paliativos” apenas o médico residente em cuidados paliativos e algumas vezes o médico paliativista comparecem a unidade estudada para responder pareceres solicitados exclusivamente pela equipe médica assistente. Não há a presença de outros profissionais nesta atividade na instituição pesquisada.

## AS DIFICULDADES DA EQUIPE NO CUIDADO AOS PACIENTES EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Durante a análise dos dados relacionados às dificuldades encontradas diariamente pelos profissionais da unidade de emergência com relação ao cuidado ao paciente em situação paliativa, foi possível uma divisão em quatro subcategorias: o cuidado, o trabalho em equipe, a família e o ambiente.

### O cuidado

As dificuldades relativas ao cuidado permeiam diferentes questões. As preocupações vão desde as ações realizadas pela equipe até a dificuldade de lidar com a morte de maneira tão próxima e frequente.

*“Eu acho que é um assunto bem difícil, bem pesado. Tão difícil e tão pesado que a gente age até com naturalidade. E às vezes, é aquilo... Quando a gente fica sabendo que é um paciente terminal, eu não vou fazer tudo aquilo que a gente faz que é o padrão emergência.” (ES02).*

*“Eu acho que pelo menos uma vez a cada mês, ou a cada dois meses, deveria se ter um trabalho da equipe com psicólogo. Para saber como que anda o pensamento, o que é o ver uma pessoa morrer. Tem pessoas que não estão preparadas psicologicamente para trabalhar com óbitos, ainda mais com essa sequência grande como estamos tendo na emergência.” (EM05).*

A assistência ao paciente em cuidados paliativos exige da equipe um preparo emocional, considerando o envolvimento próximo com o sofrimento e a dor da perda. Desta maneira é importante que as equipes de saúde tenham um espaço de atenção a suas próprias dificuldades, um espaço onde possam trabalhar suas angústias (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007; NUNES, 2012). Para que a equipe multiprofissional consiga desenvolver seu trabalho de maneira satisfatória, é essencial que exista uma preocupação para com a saúde mental de cada integrante, o que traz melhorias para os próprios profissionais envolvidos com os cuidados do indivíduo no fim da vida, e também para a qualidade desses cuidados oferecidos ao paciente e à família (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Além do desgaste emocional que a atenção a estes pacientes traz, relativo às angústias e preconceitos de cada profissional, existe ainda, uma demanda típica das instituições públicas: o número de leitos insuficiente a esse tipo de paciente (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007). Sendo assim, surgem angústias relacionadas a permanência dos pacientes em cuidados paliativos no setor de emergência. A equipe se sente incomodada com a internação longa neste setor, acreditando que estes pacientes deveriam estar acomodados em unidades que fossem voltadas para este tipo de cuidado.

*“Às vezes esse paliativo se prolonga por muito tempo, fica aqui como uma unidade de internação.” (EM07).*

*“A morte tem que ser tratada de uma forma natural assim, mas eu acho que...sei lá, talvez uma unidade de cuidados paliativos. No mínimo um quarto, a emergência não é o local para isso.” (EM08).*

Existem sinais e sintomas que trazem riscos à vida do paciente em cuidados paliativos os quais consistem urgências, visto que podem ser tratados fornecendo alívio ao doente, evitando a distanásia e ainda evitando ferir princípios éticos como a beneficência (CAPONERO; VIEIRA, 2012). As dificuldades socioeconômicas e a necessidade do controle de sintomas dificultam a permanência deste em seu lar, tornando necessária a hospitalização, tornando compreensível a busca por unidades de emergência para ações rápidas e efetivas neste sentido (CARDOSO et al., 2013). Porém, o que parece trazer desconforto aos profissionais não é a vinda destes pacientes a unidade de emergência, mas sim a sua permanência prolongada, acreditando-se então na necessidade de leitos e/ou unidades que sejam capazes de absorver esta demanda, proporcionando o fluxo de atendimento correto a estes pacientes.

Também é possível perceber nas falas dos participantes que a suspensão da dieta oral sem a introdução de sonda para alimentação, é causa de grande desconforto na equipe.

*“É tirada também a alimentação. Isso me incomoda! Porque parece que tu tá matando a pessoa de fome, sabe?! Tirar a alimentação me incomoda.” (EM01).*

A preocupação demonstrada pela entrevistada é bastante compreensível, indo ao encontro do que a literatura aponta, como o que segue:

É sabido que a retirada do suporte nutricional de um paciente em estado vegetativo persistente vai permitir que a morte transcorra naturalmente. Alguns podem se sentir de alguma forma culpados por “promover a morte” do paciente, esquecendo-se que, na verdade, a doença de base é que está levando o paciente ao óbito. (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012, p. 488).

A alimentação tem um papel importante na sociedade, onde é vista não somente como nutrição, mas como promotora de conforto, comunicação e interação social. Portanto, torna-se compreensível que a suspensão da dieta incomode tanto a equipe como também na família, que pode igualmente mostrar-se angustiada diante de tal situação.



Enquanto isso, a administração de antibióticos também gera controvérsias, pois é vista pela equipe como uma ação curativa e desnecessária nos casos em que o paciente já está em situação de terminalidade.

*“Eles passam plantão dizendo que um paciente é cuidado paliativo, aí chega lá o paciente tá recebendo antibiótico, no outro dia vai fazer uma tomografia, aí abre-se uma janela: é paliativo ou não é paliativo?” (EM05).*

O desenvolvimento científico certamente gera risco de obstinação terapêutica e dificuldade em se estabelecer limites da aplicação de tratamentos (SALES; ALENCASTRE, 2003). Em muitos casos, é possível suprimir progressivamente as intervenções terapêuticas desnecessárias, podendo citar-se entre elas a antibioticoterapia. Porém, algumas vezes esta administração pode representar a redução de sintomas desconfortáveis como dispneia, hipersecreção de vias aéreas e sudorese relacionada a quadros infecciosos (CARVALHO, 2012; CHIBA, CABRAL, 2012; BARUZZI; IKEOKA, 2013).

Outro assunto destacado foi a falta de conhecimento e preparo técnico dos componentes da equipe de saúde.

*“Eu não me sinto segura. Eu tenho dúvida, se medica ou não medica pra temperatura. Hipoglicemia, esses dias tinha um (paciente), em estado terminal com 16 de HGT. E a gente ficou em dúvida, porque a gente fez o HGT por causa da pele sudoreica, mas em um paciente terminal nem faz HGT. E aí eu fiquei em dúvida. Fez a glicose, claro, mas eu tenho dúvida disso. Pra mim faz (o hemoglicoteste) e faz a glicose, mas será que foi o melhor?!” (ES02).*

Quando a hospitalização do paciente em cuidados paliativos se faz necessária é fundamental que a equipe multiprofissional esteja preparada para lidar com suas demandas, de forma integral e humanizada. O controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, conforme a filosofia dos cuidados paliativos, garantindo uma sobrevida digna, compreendendo e incluindo paciente e família deve ser o foco da equipe, que para isso tem que se sentir segura e capacitada (CARDOSO et al., 2013).

A hipodermóclise, muito utilizada nos pacientes em cuidados paliativos para administração de medicamentos sintomáticos ou ainda alguma hidratação, é outra causa de gera dúvida e insegurança na equipe de enfermagem, tal como exposto a seguir:

*“O que eu tenho observado é que a equipe de enfermagem tem muita dificuldade com a medicação subcutânea, né?! Por hipodermóclise. O que se aplica, o que não se aplica, se a medicação pode ser feita junto com a fluidoterapia, qual o volume de fluido que a gente pode administrar, quais são as soluções que se pode administrar ali. Então a equipe tem uma dificuldade bem nítida nesse sentido.” (ES04).*

Considerando que a realização deste procedimento e os cuidados com o mesmo como a instalação do dispositivo, administração dos medicamentos, avaliação das condições de acesso vascular e monitoramento das reações locais no paciente, em geral são atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem, é de fundamental importância que estes dominem o assunto, sentindo-se seguros na realização da técnica. Porém, como evidenciado pela fala da profissional entrevistada, este ainda é um campo pouco explorado pela enfermagem, dificultando assim uma prática segura e de qualidade (AZEVEDO; BARBOSA; CASSIANI, 2013).

## O trabalho em equipe

O trabalho em equipe de forma organizada, respeitando a função de cada profissional, é citado praticamente em todos os trabalhos que tratam de cuidados paliativos. No entanto o que se vê na prática são dificuldades relacionadas a este aspecto.

A mudança de conduta por parte da equipe médica acaba por gerar desconforto entre os integrantes da equipe multiprofissional na instituição pesquisada, onde as trocas de plantão médico ocorrem a cada 4 horas durante os dias de semana, sendo os plantões de 12 horas adotados apenas a noite e nos finais de semana e feriados. Desta maneira, a cada troca de plantão o médico responsável reavalia os pacientes e por diversas vezes altera a conduta.

Esta mudança é vista negativamente pela equipe de enfermagem que questiona qual profissional está tomando a conduta correta, não levando em consideração as possíveis alterações no quadro clínico do paciente, que são comuns na fase final da vida (CHINO, 2012).

Estes questionamentos levam a equipe a ter dúvidas quanto à possibilidade ou não de cura do paciente.

*“Tem que chegar uma conclusão toda a equipe, não só a medicina como a enfermagem, para a gente ter uma direção só. Porque senão, hoje eles botam o soro, amanhã tira o soro, outro bota a morfina, amanhã tiram a morfina, vira uma confusão.” (EM05).*

*“Se ele fica em tratamento paliativo, a gente fica dando conforto né? Mas daí o médico vem e já muda, já não é mais tratamento paliativo, começam a investir... Aí surge uma dúvida! É ou não é? Dai o médico já entra com antibiótico, já... E vem o outro médico e não, suspende tudo porque é tratamento paliativo.” (EM06).*

A falta de uma conduta mais uniforme nas ações de enfermagem também é colocada em pauta. Parece que a equipe acredita que a padronização do cuidado é importante para a qualidade do atendimento prestado, mas também cita a questão da individualidade de cada pessoa atendida.

*“Se a gente tivesse um protocolo... Por exemplo, paciente em cuidados paliativos a gente prioriza pra ele ir para o repouso, a gente prioriza pra ele subir pro andar. Acho que são alguns passos. A impressão que eu tenho é que as coisas funcionam melhor quando se tem um manual. Se não se tem um, as pessoas fazem as coisas ao que acham.” (ES02).*

Sente-se falta de algo que guie o cuidado prestado, mas sem engessar as atividades de maneira que não se possa flexibilizar as decisões em diferentes situações.

*“Eu acho que teria que se ter um consenso mesmo, até para os enfermeiros. Se o paciente tem uma ferida é diferente a conduta que tu vais ter se ele tem um prognóstico bom ou se ele tem um prognóstico reservado. Não sei se deveria ter uma padronização, porque também, cada paciente é único e difere, mas eu acho que seria importante a equipe estar mais pronta para trabalhar com pacientes assim.” (ES01).*

Cardoso et al., 2013, já abordou a falta de preparo da equipe multidisciplinar como fator desencadeante de conflitos na equipe, e pelas falas apresentadas é possível perceber uma dificuldade de comunicação, prejudicando o trabalho em equipe e a assistência prestada.

Dentre as sugestões da OMS para o trabalho em cuidados paliativos os profissionais deverão estar treinados e ter oportunidades de ampliar seus conhecimentos. Além disso, as instituições devem promover atitudes e comportamentos que auxiliem nas atividades destes profissionais (WHO, 2004). Ou seja, além da formação, é importante que a instituição propicie um ambiente onde a equipe consiga trabalhar de maneira condizente com os princípios do cuidado paliativo.

## A família

Na esfera dos cuidados paliativos os familiares são parte fundamental do cuidado e foram lembrados por todos os entrevistados. Observar a angústia do familiar, sem ter um local adequado para estar com seu ente doente, permanecendo dias seguidos em cadeiras desconfortáveis causa comoção da equipe de enfermagem.

*“Que a família pudesse ficar confortável, porque aqui alguns tentam ficar, mas em cima de uma cadeira dessas dia e noite, eles ficam reclamando. E com razão!” (EM06).*

*“Porque já é um momento difícil, tu vai falar para a família e não tem um conforto pra eles.” (EM07).*

Devido às características de um setor de emergência a privacidade é quase nula e, portanto, o familiar não tem possibilidade de vivenciar o momento junto de seu ente querido com tranquilidade.

Além disso, existem ainda dificuldades relacionadas a comunicação por parte da equipe de saúde com os familiares.

*“Eu acho que tem que saber trabalhar muito com o familiar. O familiar te chama ‘trocentas’ vezes querendo saber... É hoje, é amanhã? Qual é o quadro do paciente? Então eu acho que temos que ter muita atenção, porque vai ter uma hora que esse acompanhante vai te cansar. E tu chega já ‘nos cascos’, meio grosseiro. E não é fácil ser parente de alguém que está indo a óbito, né?!” (EM05).*

Em um estudo realizado com acompanhantes é possível observar que a fala apresentada acima é também percebida pelos familiares, onde estes citam críticas à forma de comunicação das equipes com clientes e familiares, destacando-se questões como o mau humor de alguns membros da equipe e à relação não empática dentre estes com pacientes e acompanhantes (SILVA et al., 2012).

Outras falas tratam da dificuldade da equipe de enfermagem em conversar com a família, e cita o profissional da psicologia como aquele que detém esta habilidade.

*“Ai dependendo do horário que se tome a decisão do paliativo, a família fica meio desassistida. Tem a gente, que acaba às vezes dando uma orientação ou outra. [...] É a psicologia que faria melhor trabalho, não está nesses horários. Então eu acho que deveria ter um apoio maior assim pra família. [...] Então eu acho que a família deveria ser mais bem orientada e melhor amparada assim, pela equipe multiprofissional.” (EM02).*

*“Em relação a família. Olha, essa família tá pedindo pra aspirar (a secreção traqueal do paciente) de hora em hora, olha, eles estão reclamando que tá com febre... Mas as vezes, será que alguém chamou essa família? As vezes uma simples conversa. [...] Porque a gente não sabe o que fazer né?! A gente vai, vê a temperatura, volta, a equipe fica sem saber o que fazer. Fica sem Norte. E as vezes essa conversa, ou chamar a psicologia, as vezes nesses casos a família entra num processo de negação né?! E a gente fica, a gente entra nisso.” (ES02).*

A atuação da psicologia no âmbito dos cuidados paliativos obviamente tem fundamental importância, sendo que o ideal é que o acompanhamento por estes profissionais se dê o mais precocemente possível (NUNES, 2012). Porém, não se pode isentar as demais profissões da função de comunicar-se com a família e os pacientes. Infelizmente a comunicação não parece estar incluída na formação profissional da enfermagem, não sendo valorizado o relacionamento pessoal e o adequado uso da comunicação no contexto do cuidado (ARAÚJO; SILVA, 2007)

## O ambiente

A exposição, a falta de privacidade, o barulho e o desconforto foram os principais problemas relacionados ao ambiente físico da unidade de emergência. As condições a que os pacientes e seus familiares são submetidos durante a permanência na emergência parece se tornar ainda mais incômodas quando se trata dos pacientes em cuidados paliativos.

*“Então eu vejo assim, a nossa estrutura é que não nos permite. Por exemplo, se o repouso estiver cheio, o paciente vai ter que ficar na maca de qualquer jeito. E se for um idoso, ou uma pessoa obesa, vai ficar na maca muito tempo. Então é mais a nossa estrutura física mesmo, que as vezes não nos permite proporcionar conforto né?!” (ES03).*

*“Essa questão de estrutura realmente, não é a questão de proporcionar conforto em si, porque as camas aqui são boas, tem como alternar decúbito, fazer tudo direitinho, como faria em qualquer outro lugar. Eu acho que é mais a questão de espaço mesmo, de manter um ambiente mais íntimo. Não tão junto como é, agitado, com barulho e acende luz pra cá, aquela bagunça e tudo mais. Fica tudo muito junto.” (EM03).*

A questão do espaço adequado para a permanência dos familiares também foi ressaltada, salientando-se a falta de um espaço para rituais íntimos, como orações, despedidas e desabaços, e para o recebimento de mais acompanhantes por vez, visto que no local pesquisado a visita é limitada a um familiar de cada vez em horários curtos.

*“O nosso local tem divisórias de cortinas, onde as informações não são sigilosas, a família não consegue chorar como prazer, com tranquilidade, com vontade. Tem que comer o seu choro, porque vai incomodar quem está do lado, vai incomodar os demais. Tem uns que querem fazer uma reza e não conseguem, ou fazer uma oração mais alto e não tem esse espaço, essa individualidade pra fazer esse tipo de atendimento, de cuidado final com seu familiar.” (ES04)*

*“Aí deveria ter um local, na emergência eu acho horrível! Deveria ter um local, não vou dizer mais reservado, mas um local com conforto, a família junto, que não tivesse outros pacientes. Seria bem mais de acordo, um local bem melhor.” (EM06).*

Segundo preconizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, o ambiente hospitalar para prestação do cuidado paliativo deve ser adaptado às particularidades deste tipo de assistência. O não isolamento, através a presença de familiares e acompanhantes de maneira confortável junto ao paciente, deve ser possibilitado e as visitas facilitadas, através da flexibilização de horários e número de visitantes, incluindo-se a possibilidade de permitir a entrada de crianças (CHINO, 2012). Estes aspectos vão ao encontro do evidenciado pelos profissionais, que demonstram concordar com o preconizado, que infelizmente não é possível no ambiente de uma unidade de emergência.

Ainda conforme esta academia, unidades de cuidados paliativos deveriam ser criadas, prioritariamente em hospitais universitários, com área física que possibilitasse reuniões privadas entre equipe e familiares, além de serviço de internação, hospital-dia e consultórios externos, sendo que todos estes ambientes precisariam assegurar a privacidade exigida para o tratamento (MACIEL, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o conceito inicial de cuidados paliativos não ter sofrido grandes distorções quando relacionado ao descrito pela OMS, a fase do luto, a atenção à família após a morte e os cuidados com o corpo, apesar de partes fundamentais dos cuidados paliativos, não foram em momento algum citados pelos entrevistados, dando a impressão de que para a equipe o cuidado acaba quando o paciente dá seu último suspiro, ou quando o coração bate uma última vez.

Ainda que exista o reconhecimento da importância dos cuidados paliativos por parte dos profissionais da enfermagem, através deste estudo foi possível perceber que ainda existe uma lacuna de conhecimento na equipe de enfermagem, que por vezes ainda dá a entender que dá significado ao cuidado paliativo como um “nada fazer”.

Mostra-se evidente que o interesse pessoal ainda é o principal responsável pelos conhecimentos de cada profissional com relação aos cuidados paliativos, o que gera diferentes condutas dentro da equipe, tornando os conflitos ainda mais presentes no cotidiano. É possível perceber que a equipe de enfermagem prioriza, de maneira geral, o conforto e a privacidade dos pacientes em cuidados paliativos, visando a dignidade do paciente no fim da vida. Porém, estas atitudes são determinadas unicamente pela consciência do profissional, quando deveriam ser a meta da própria instituição.

Através do presente estudo fica evidente que os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem das unidades de emergência são muitos, indo desde a falta de preparo dos profissionais durante os cursos técnicos, de graduação e a falta de especialização específica em cuidados paliativos, perpassando as questões estruturais, que não permitem o conforto e a privacidade dos pacientes, incluindo ainda a falta de apoio psicológico para a equipe, paciente e família e a inexistência de uma forma efetiva de capacitação técnica.

Há que se considerar que, na realidade atual, a presença deste público nas unidades de emergência continuará sendo constante até que o sistema de saúde se reorganize, possibilitando a estruturação de serviços adequados. Portanto, enquanto o paciente segue nas emergências, é necessária a capacitação e o preparo psicológico da equipe para o cuidado a esses pacientes, como medida emergencial para garantia da qualidade do cuidado prestado. Além disso, é premente a readequação da estrutura física ampliando a qualidade de vida a ser proporcionada a esses indivíduos, que devem ter condições de permanecer na companhia de seus familiares e acompanhantes, se assim desejarem.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ALMEIDA P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 617-629, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 07 out. 2012.

ARAUJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-674, dez. 2007.

AVANCI, B. S.; GÓES, F. G. B.; CAROLINDO, F. M.; NETTO, N. P. C. Cuidados paliativos à criança oncológica na visão do viver e morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.708-716, out-dez 2009.

AZEVEDO, E. F.; BARBOSA, L. A.; CASSIANI, S. H. B. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 25, n. 5, p. 817-822, 2012.

BARUZZI, A. C.; IKEOKA, D. T. End of life and palliative care in intensive care. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 6, p. 528- 530, Nov.-Dec., 2013.

BOEMER, M.R. Sobre cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.500-501, set. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAPONERO, R.; VIEIRA, D. E. Urgências em cuidados paliativos. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006. P. 301-316.

CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I. C. O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, out-dez. 2013.

CARVALHO, R. T; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição em cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CARVALHO, R.T. Dispnéia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CHIBA, T.; CABRAL, L.R.B. Fadiga, sudorese e prurido. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CHINO, F. T. B. C. Plano de cuidados: cuidados com o paciente e a família. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CID, V. E. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. **Cuadernos de Bioética**, XXIII, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP.  
**Cuidado paliativo.** Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.

CONSOLIM, L.O. O papel do médico na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

GUEDES, J; SARDO, P; BORENSTEIN, M. Nursing in hospice care – reflection. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, ago 2007. Disponível em:  
<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/740>> Acesso em: 8 jun 2013

HOSPICE AND PALLIATIVE NURSES ASSOCIATION - HPNA. **Celebrating 20 years promoting excellence in End-of-Life Nursing 1986-2006**. Disponível em: <[www.hpna.org](http://www.hpna.org)>. Acesso em: 13 out. 2012.

MACIEL, M. G. S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

NUNES, L.V. O papel do psicólogo na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

OLIVEIRA, A.C.; SA, L.; SILVA, M.J.P. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira De Enfermagem**, Brasília , v. 60, n. 3, p. 286-290, jun. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva: WHO, 1996.

\_\_\_\_\_. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. **The solid facts: palliative care**. Copenhagen; 2004.

\_\_\_\_\_. **Palliative care**. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 5. Geneva: WHO; 2007

\_\_\_\_\_. **Palliative care for older people: better practices**. Geneva: WHO; 2011.

PEREIRA, I. Medidas de higiene e conforto. In ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F. Educação em cuidados paliativos: componentes essenciais. In:\_\_\_\_\_; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole; 2006.

SALES, C. A.; ALENCASTRE, M. B. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 566-569, out. 2003.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 658-666, jul.-set. 2012.

SILVEIRA, M.H.; CIAMPONE, M.H.T.; GUTIERREZ, B.A.O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 07-16, mar. 2014.

TEIXEIRA, M; DIAMANTE, L. Palliative Care: knowledge and feelings of the nurse working in internal medicine and infectious and contagious diseases units of a general hospital: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n. 3, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1914>> .Acesso em: 16 jun. 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. rev. amp. Florianópolis: Editora Insular, 2004.



## 5.2 MANUSCRITO 2 – CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Matos, Thais Alves<sup>3</sup>  
Souza, Ana Izabel Jatobá de<sup>4</sup>

### RESUMO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), realizado em uma unidade de emergência adulto de um hospital de ensino do Sul do Brasil. O trabalho teve por objetivo apresentar as diretrizes de atuação para o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos atendidos em unidade de emergência, sob a ótica da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2014, utilizando-se entrevista semiestruturada e a realização de grupos de discussão. Os participantes foram 22 profissionais de enfermagem que atuam na unidade de emergência do hospital estudado. Para análise dos dados foram seguidos os passos propostos pela Pesquisa Convergente-Assistencial. Como resultados dos grupos de discussão emergiram as seguintes categorias: critérios para a organização do serviço e o preparo da equipe para cuidar. A partir das sugestões da equipe sobre o que consideravam importante para uma melhor organização do trabalho e para que a equipe se sentisse mais segura durante a prestação dos cuidados, foi possível traçar diretrizes baseadas na necessidade de quem efetivamente presta o cuidado e conhece a realidade da instituição. Dentre as diretrizes apontadas pelos participantes encontram-se: a necessidade de capacitação e preparo psicológico da equipe para o cuidado a esses pacientes, readequação da estrutura física, a fim de que estes tenham condições de permanecer na companhia de seus entes queridos, se assim desejarem. Conclui-se que há necessidade de estudos que possam ser apresentados aos gestores, justificando os investimentos conforme necessidade da população e da instituição e possibilitando a implantação das medidas sugeridas pela equipe.

**Descritores:** Cuidados Paliativos, Enfermagem, Enfermagem em emergência, Serviço hospitalar de emergência.

### ABSTRACT

Study of qualitative approach, and the methodological referencial was Convergent-Care Research (PCA) performed on a adult emergency department of a teaching hospital in Southern Brazil. The study aimed to present the guidelines for nursing care to patients in palliative care admitted to the emergency department, from the perspective of the nursing team. Data were collected in May and June 2014 using semistructured interviews and conducting discussion groups. Participants were 22 nursing professionals who work in the emergency department of the hospital. Data analysis followed the steps proposed by Convergent-Care Research. As a result of the discussion groups emerged the following categories: criteria for the service organization and the prepare of the team to take care. From the staff suggestions on what they considered important for a better organization of work and for the team to feel more secure during the provision of care, it was possible to set

---

<sup>3</sup> Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial do Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>4</sup> Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade. Docente do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Membro do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e Adolescente da Universidade Federal de Santa Catarina.

guidelines based on the need of those who effectively provides the care and know the reality of the institution. Among the guidelines identified by participants include: the need for training and psychological prepare of the team to take care of these patients, readjustment of the physical structure, so that they are able to stay in company of their loved ones if they wish. It is concluded that there are need for studies to be presented to managers, justifying the investments needed by the population and by the institution and enabling the implementation of the measures suggested by the team.

**Keywords:** Palliative Care, Nursing, Emergency Nursing, Emergency service, hospital.

## RESUMEN

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, y el marco metodológico de investigación convergente-asistencial (PCA) realizó en un servicio de urgencias de adultos de un hospital universitario en el sur de Brasil. El estudio tuvo como objetivo presentar las directrices operacionales para la atención de enfermería a los pacientes en cuidados paliativos ingresados en el servicio de urgencias, desde la perspectiva del equipo de enfermería. Los datos fueron recolectados en mayo y junio 2014, con entrevistas semiestructuradas y la realización de grupos de discusión. Los participantes fueron 22 profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de urgencias del hospital. Análisis de los datos siguió los pasos propuestos por la Investigación Convergente-Assistencial. Como resultado de los grupos de discusión surgieron las siguientes categorías: criterios para la organización de servicio y la preparación del equipo para cuidar. A partir de las sugerencias del personal en lo que ellos consideran importantes para una mejor organización del trabajo y para que el equipo se sienta más seguro durante la prestación de la atención, fue posible establecer directrices basadas en la necesidad de los que efectivamente proporciona el cuidado y conocer la realidad de institución. Entre las directrices señaladas por los participantes incluyen: la necesidad de la formación y la preparación psicológica del equipo para el cuidado de estos pacientes, el reajuste de la estructura física, de manera que sean capaces de permanecer en la compañía de sus seres queridos si así lo desean. Se concluye que existe la necesidad de estudios para ser presentados a los directivos, lo que justifica las inversiones necesarias por la población y por la institución y que permite la aplicación de las medidas sugeridas por el equipo.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos, Enfermería, Enfermería emergencia, servicios de emergencia, hospitales.

## INTRODUÇÃO

Em 1996, com o Serviço de Cuidados Paliativos no Instituto Nacional do Câncer (INCA), deu-se o marco inicial dos serviços de cuidados paliativos no País, sendo que desde então surgiram outras iniciativas que vem contribuindo para o crescimento gradual deste tipo de cuidado, entre elas a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, em 1997 e da Academia Nacional de Cuidados Paliativos em 2005, além do reconhecimento da Medicina Paliativa como uma subespecialidade em 2011 (PASTRANA et. al., 2012).

Estima-se que no ano de 2014 tenham surgido no Brasil mais de 300 mil novos casos de câncer em homens e mais de 270 mil em mulheres (BRASIL, 2014). Além disso, a Organização Mundial de Saúde estima que em 2020 as cinco principais causas de morte previsíveis serão as doenças cardíacas, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias crônicas, as infecções respiratórias e o câncer de pulmão (OMS, 2004).

Ainda que a ciência tenha realizado grandes avanços, a cura ainda não é uma realidade para grande parte das enfermidades, o que exige que o controle da evolução seja o foco do tratamento (CREMESP, 2008). Frente a este panorama, aliar a abordagem curativa à paliativa, além de

totalmente viáveis, parece ser o melhor a fazer. A presença de uma equipe especializada em condição paliativa não é uma obrigatoriedade no momento do diagnóstico, quando o profissional responsável pelo tratamento pode desenvolver ações paliativas que sejam necessárias. Entretanto, à medida que a doença avança e o controle de sintomas torna-se mais difícil, uma equipe treinada para dedicar-se aos cuidados paliativos torna-se necessária, e é ainda mais imprescindível quando a impossibilidade da cura se torna uma realidade (CREMESP, 2008). Ou seja, o cuidado paliativo, com foco na qualidade de vida, deve estar inserido desde o início do tratamento, e não somente após a ineficácia de um tratamento curativo, objetivando em especial o alívio da dor e de outros sintomas, o suporte espiritual e psicossocial, desde o momento do diagnóstico até o fim da vida e o luto (SALES; ALENCASTRE, 2003; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008; PIMENTA, 2010;).

A realidade dos hospitais gerais, cada dia mais, incluem pacientes em cuidados paliativos, e estes enfrentam sérias dificuldades administrativas, o que traz impacto em profissionais, familiares e pacientes. A falta de recursos humanos, a inexistência de uma rede de suporte domiciliar e a ausência de prioridade deste tipo de cuidado para os gestores são alguns dos problemas enfrentados que impedem uma assistência eficaz a esta clientela (BOEMER, 2009).

Com relação às iniciativas relacionadas a cuidados paliativos, em 2011, 136 países ao redor do mundo desenvolviam algum serviço de cuidados paliativos. No mesmo ano a América Latina tinha 922 serviços que prestavam algum tipo de cuidados paliativos, sendo 93 destes no Brasil. Apenas três países da América Latina tinham uma lei nacional específica acerca dos cuidados paliativos e no Brasil há apenas um programa nacional, vinculado à dor e aos cuidados a pacientes oncológicos (PASTRANA et al., 2012).

Atualmente o Brasil encontra-se, segundo a Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), em um grupo denominado 3a, com Cuba, México e outros 71 países, o que significa que estes apresentam alguma iniciativa isolada acerca dos cuidados paliativos. A WPCA divide os países em seis grupos de acordo com o desenvolvimento apresentado com relação aos serviços de cuidados paliativos (LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011).

Existem atualmente diversos modelos de assistência em cuidados paliativos, como ambulatoriais, assistência domiciliar, hospedarias e enfermarias (CREMESP, 2008). Porém, no Brasil, faz-se necessário o desenvolvimento de uma assistência pautada em conceitos e princípios e adaptada à realidade de cada região, visto que ainda não se tem regulamentação ou inserção nas políticas assistenciais (MACIEL, 2012).

Para prestar cuidados paliativos com qualidade é necessário ter sempre em mente o conceito, formulado pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 2002, no qual cuidado paliativo é:

[...] abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002).

Além disso, importa lembrar que a base para a realização de cuidados paliativos não está centrado em protocolos, e sim, em princípios, também preconizado pela OMS. São eles: a promoção do alívio da dor e de outros sintomas estressantes; a reafirmação da vida, sendo a morte como um processo natural; não antecipação ou postergação da morte; a integração de aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; a sistematização que auxilie o paciente a viver tão ativamente, quanto possível, até a sua morte; um sistema que dê auxílio à família e entes queridos, para que se sintam amparados durante todo o processo da doença; e ainda o início precoce, concomitantemente às medidas de prolongamento de vida, incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (OMS, 2002).

Desta forma, este trabalho teve por **objetivo** apresentar as diretrizes de atuação para o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos atendidos em unidade de emergência, sob a ótica da equipe de enfermagem.

## METODOLOGIA

Para atingir o objetivo, utilizou-se um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, adotando-se como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). Optou-se por este desenho metodológico visto que pretende realizar mudanças e/ou introduzir inovações nos campos de prática, além de buscar soluções ou, ao menos, minimizar os problemas enfrentados no cotidiano pelos profissionais de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

Uma unidade de emergência adulto de um hospital do Sul do País foi escolhido para ser cenário deste estudo. A unidade escolhida realiza atendimento de emergência 24 horas, sendo porta de entrada para diversos pacientes, em diferentes situações clínicas, incluindo-se pacientes em cuidados paliativos. Além dos serviços de assistência à saúde da população, desenvolvem-se também atividades de ensino, pesquisa e de extensão.

A unidade é dividida em dois diferentes ambientes: repouso, com 13 leitos de internação, sendo um deles reservado para isolamento, com banheiro individual e os demais em modelo de enfermaria, separados por cortinas; e Serviço de Emergência Interna, onde se dá a entrada e o primeiro contato com os pacientes. Este ambiente é composto por consultórios, sala cirúrgica, sala de procedimentos, sala de reanimação, com possibilidade de 2 atendimentos de urgência simultâneos, sala de medicação com 12 poltronas, banheiro unissex, além de uma quantidade variável de macas no corredor, onde permanecem pacientes internados ou em observação.

Os participantes foram 22 profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos em enfermagem e enfermeiros) dos três turnos de trabalho que aceitaram participar voluntariamente do estudo. Foram incluídos os servidores com no mínimo seis meses de experiência na unidade e que estivessem lotados exclusivamente nesta unidade. Foram tomados como critérios de exclusão: férias, licenças e coberturas temporárias (funcionários de outros setores e Residentes de enfermagem).

A seleção dos participantes foi feita de forma aleatória, considerando a disponibilidade do sujeito de participar das entrevistas e dos grupos. A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na **primeira etapa** foram realizadas entrevistas individuais, com duração entre 10 e 15 minutos. As entrevistas visavam identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem acerca do cuidado a pacientes em situação paliativa na unidade emergência, bem como a descrição da estrutura do cuidado para esta clientela. Posteriormente as entrevistas foram analisadas e categorizadas, dando origem a temas que foram abordados nos encontros coletivos. O número de participantes nas entrevistas foi definido conforme a **saturação dos dados**. Participaram oito técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros.

Na **segunda etapa** foram realizados três encontros com os grupos de discussão, durante o turno de trabalho, sendo dois com a equipe do diurno e o terceiro com a equipe do noturno. A dinâmica foi a mesma em todos os encontros. Utilizaram-se questões reflexivas para dar início as discussões, foram elas: - Cuidados Paliativos: o que nós pensamos ser? - Nossa realidade atual: a formação, como cuidamos, nossas dificuldades e incômodos, e, por último, - Propostas: o que queremos? Sendo que este último tópico foi o mais trabalhado, visando ampliar a discussão sobre as categorias e que motivou a elaboração do presente manuscrito. Nos grupos participaram 3 profissionais de nível superior e 9 de nível médio.

Os grupos tiveram duração média de quarenta minutos e foram registrados em diário de campo para posterior análise. Os dados obtidos nos grupos foram registrados em diário de campo, através de palavras-chave e, após leitura crítica, foram analisadas as contribuições e organizadas em grandes eixos, apresentados a seguir, procurando construir caminhos para o cuidado de enfermagem aos pacientes em situação de cuidado paliativo na unidade de emergência.

Os participantes tinham idade entre 28 e 53 anos, sendo a média de 37 anos. O tempo de formação variou 05 e 28 anos, com tempo médio de 13 anos, sendo que o tempo de atuação na unidade de emergência adulto ficou entre 01 e 25 anos e média de 9 anos. Dos 15 profissionais que atuam na instituição em cargo de nível médio e participaram da entrevista, 4 cursaram ensino

superior, sendo dois deles pós graduado. Todos os profissionais de nível superior já haviam concluído pelo menos uma pós graduação.

Os participantes do estudo assinaram termo de compromisso livre e esclarecido, com o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer CAEE 26400114.5.0000.0121 tendo a pesquisa respeitado as questões éticas nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido solicitada também a autorização da instituição a ser pesquisada (BRASIL, 2012).

## **DIRETRIZES PARA O CUIDADO A PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: AS CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Durante as entrevistas e os grupos de discussão ficou claro que a equipe de enfermagem da unidade pesquisada compreende os cuidados paliativos de uma maneira geral, considerando a promoção da qualidade de vida até o momento final o principal objetivo da assistência prestada.

*“Eu entendo como cuidado paliativo é o máximo de conforto tu podes proporcionar ao paciente numa condição em que ele não tem uma perspectiva de melhora. Tanto para um morrer mais confortável, mais digno, quanto para, quando a morte esta mais a frente, dar uma continuidade na vida de uma forma mais confortável.” (EM02).*

Porém, é considerado pela equipe que estes cuidados estão sendo prestados de maneira desorganizada, baseados naquilo que cada um acredita ser o certo, sem nenhum tipo de informação formal. Ainda que não se acredite na padronização dos cuidados e sim na individualidade de cada paciente, é sentida a falta de algo que guie as ações.

*“A impressão que eu tenho é que as coisas funcionam melhor quando se tem um manual. Se não tem um, as pessoas fazem as coisas ao que acham. [...] E ai cada um faz o que quer, então eu acho que seria interessante ter um treinamento e às vezes até um manual, um protocolo, uma sistemática, sabe?! De como atuar quando chega um paciente nessa situação. Um fluxograma... Chama quem, chama a psicologia para o familiar e para o paciente.” (ES02).*

*“Não sei se deveria ter uma padronização, porque também, cada paciente é único e difere, mas eu acho que seria importante a equipe estar mais pronta para trabalhar com pacientes assim. Até pra gente entender o que está fazendo e porque esta fazendo. E porque não esta fazendo tal coisa.” (ES01).*

Ao solicitar que a equipe fizesse sugestões sobre o que consideravam importante para uma melhor organização do trabalho e para que a equipe se sentisse mais segura durante a prestação dos cuidados, foi possível organizar dois grandes eixos para a construção das diretrizes: critérios para a organização do serviço e o preparo da equipe para cuidar.

### **Crítérios para a organização do serviço**

Dentre os critérios para a organização do serviço, os participantes deste estudo apontam a **necessidade de existir uma equipe consultora**, sendo este uma das maneiras de se prestar cuidados paliativos em um ambiente hospitalar. Nesta modalidade, a equipe consultora tem como responsabilidade dar suporte à equipe assistente, orientando condutas e não assumindo os cuidados prestados, que é o que acontece parcialmente na instituição pesquisada, pois no local pesquisado não existe uma equipe multiprofissional formada para este fim. Atualmente, apenas o médico residente em cuidados paliativos, ou o médico paliativista, responde aos pareceres solicitados pela

equipe médica responsável pelo paciente, ou seja, faltam profissionais de outras áreas para compor esta equipe.

A equipe profissional de cuidados paliativos deve ser composta minimamente por enfermeiro e médico, com a colaboração de profissionais como psicólogo e assistente social (MACIEL, 2006; RODRIGUES, 2012).

O papel do profissional médico, ao responder a solicitação de parecer é fazer uma avaliação do paciente e sugerir condutas para o tratamento, não assumindo diretamente os cuidados. No entanto, a equipe de enfermagem da emergência adulto considera que a equipe de cuidados paliativos existente no hospital deveria não só sugerir condutas, mas sim acompanhar mais os pacientes, além de discutir e compartilhar os casos com a equipe desta unidade, o que muitas vezes não acontece.

Neste caso, a formação de uma equipe multiprofissional itinerante, que prestasse apoio a todas as unidades da instituição, poderia ser a solução. Esta, quando acionada pelo médico assistente, assumiria os cuidados ao paciente, incluindo o suporte em questões sociais, emocionais e espirituais, além de também estar contribuindo para a disseminação do conhecimento acerca do tema com a equipe da unidade de origem do paciente, pois na realidade da maioria das instituições inexistem leitos específicos para pacientes em cuidados paliativos (MACIEL, 2006; RODRIGUES, 2012).

Com relação à permanência dos pacientes no setor de emergência, os profissionais participantes deste estudo apontam, para a necessidade **de priorizar leitos para estes pacientes na instituição**, seja através da reserva de leitos nas unidades de internação ou ainda com a criação de uma unidade própria para acolhê-los. Maciel (2006) enfatiza que para o desenvolvimento de atividades em cuidados paliativos, são necessários itens estruturais básicos, onde incluem-se unidades de internação com leitos adequados, áreas de convivência para pacientes e familiares, além de um hospital-dia que possibilite a realização de pequenos procedimentos. Esta não é uma realidade na instituição estudada e nem mesmo parece estar próxima, o que exigiria a ampliação da estrutura física e do quadro funcional para que tais ações fossem realizadas.

Outro aspecto apontado pelos participantes do estudo é a **existência de um profissional de referência dentro da unidade, que possa ser consultado** a fim de sanar dúvidas que possam surgir no cotidiano do cuidado. A formação continuada, inserida no dia a dia dos profissionais, é uma das melhores formas de se difundir o conceito do cuidado paliativo juntamente com suas características. A necessidade de receber treinamento relativo aos cuidados paliativos pode variar, adaptando-se a realidade de cada instituição, ou unidade. Os profissionais que atuam no sistema de saúde e encontram em seu dia a dia algumas situações que exigem abordagem paliativa, não necessitam de especialização específica na área (MACIEL, 2006). Entretanto, estes profissionais devem igualmente estar preparados para eventualidades que exijam o atendimento a pacientes em cuidados paliativos.

Com base nas contribuições da equipe de enfermagem relativos à **organização do serviço** no âmbito da unidade de emergência, traçou-se como diretrizes:

- *A Ampliação da equipe de cuidados paliativos do hospital, com o estabelecimento de um profissional de referência na unidade de emergência, que participe das atividades da equipe e possa auxiliar a equipe da emergência de maneira mais próxima do cotidiano.* A vinda de profissionais de outros setores para sanar dúvidas da equipe muitas vezes demanda tempo, pois este profissional tem outras atribuições na sua unidade de origem, o que acaba dificultando momentos de discussão entre a equipe e este profissional. A existência dessa pessoa de referência na unidade pode ser qualquer profissional que tenha interesse em aprofundar seus conhecimentos acerca dos cuidados paliativos e que tenha disponibilidade e comprometimento para orientar a equipe quando dúvidas surgirem, o que evitaria a necessidade de contratação de novos profissionais e a vinda de outros provenientes de outras unidades para este fim, reduzindo a demanda de tempo para esta orientação. O estabelecimento de grupos de estudos e discussão, com a participação dos profissionais envolvidos e interessados no assunto pode representar uma solução simples de ser instituída

para a capacitação deste profissional. Considerando os diferentes níveis de envolvimento com cuidados paliativos em diferentes unidades, o processo de formação pode ser ajustado, conforme a necessidade de cada equipe (MACIEL, 2006).

- *A realização de um estudo estatístico para identificar a necessidade de leitos a serem reservados para pacientes em cuidados paliativos.* A criação de uma unidade específica para a permanência de pacientes em cuidados paliativos pode se justificar à medida que o número de pacientes exceda a capacidade das unidades gerais. Como habitualmente há a permanência de pacientes em cuidados paliativos na unidade de emergência, pode-se acreditar que esteja evidenciado a necessidade de criação de uma unidade específica para eles. Entretanto, esta aparente evidência precisa ser corroborada por pesquisas do ponto de vista estatística, utilizando critérios rigorosos que assegurem tais dados. O que igualmente pode ser útil para identificar outras estratégias, tais como a reserva de um número específico de leitos em unidades gerais. Uma unidade exclusiva de cuidados paliativos pode trazer como vantagem uma equipe treinada e capacitada para este fim, que entenda a morte como processo natural. Porém, existe o risco de que esta unidade fique “estigmatizada”, sendo vista como um local para morrer, ou ainda, ao contrário disto, como uma unidade para pacientes elegíveis ao cuidado paliativo que tenham prognóstico prolongado, transformando-se em uma unidade de longa permanência (RODRIGUES, 2012).
- *Como medida emergencial, estabelecer prioridade para a acomodação destes pacientes em leitos nas unidades de internação já existentes.* Ainda que exista a necessidade de criação de uma unidade exclusiva para cuidados paliativos, esta é uma medida que exige tempo para sua efetivação. Sendo assim, os participantes deste estudo apontam a priorização de acomodação destes pacientes em leitos que ofereçam as condições essenciais para a sua permanência. Tal conduta, segundo os participantes deste estudo, pode ser uma medida eficaz. Chino (2012) aponta que a área física para internação de um paciente em cuidados paliativos deve oferecer condições para a permanência de um acompanhante em tempo integral, além de possibilitar a flexibilização dos horários de visita. Em uma unidade de emergência, onde é oferecido apenas uma cadeira para a permanência do acompanhante, não é permitida a entrada de crianças, os horários de visitas são bastante reduzidos devido ao grande fluxo de pessoas dentro da unidade, a estrutura física não se adequa ao mínimo necessário. Sendo assim, a priorização de pacientes em cuidados paliativos quando existe leito disponível nas unidades de internação, parece ser a solução mais rápida para as questões estruturais.

## **O preparo da equipe para cuidar**

Ao refletirem sobre a capacitação da equipe, a sugestão inicial dos participantes deste estudo, foi a realização de capacitações formais, realizadas fora do horário de trabalho. Porém, à medida que as discussões avançaram, os profissionais foram unânimes em dizer que não consideram eficaz a instituição oferecer este tipo de formação. Eles reforçam que nem sempre os profissionais se sentem estimulados a participar fora do horário de trabalho, pois muitos alegam não ter tempo para comparecer. Diante desta constatação a sugestão da equipe, então, foi de que fossem realizadas capacitações em horário de serviço, rápidas, na forma de conversas informais e discussões em grupos, onde os profissionais pudessem compartilhar e construir o conhecimento em conjunto.

A união dos saberes, considerando as experiências culturais, científicas, morais e adaptativas de cada profissional, torna a educação um processo dinâmico e contínuo, onde o pensamento livre e a consciência crítico-reflexiva se desenvolvem, capacitando os profissionais a transformar a

realidade, através da criação do compromisso pessoal e profissional (PASCHOAL, MANTOVANI, MÉIER, 2007).

Com relação aos temas que precisam ser discutidos, os profissionais relataram necessidade de se esclarecer o conceito de cuidados paliativos, seus objetivos, o que faz e o que se deixa de fazer e as razões de tais condutas. Paschoal, Mantovani e Méier (2007) afirmam que quando se trabalha com educação em serviço, os projetos de ensino devem ir ao encontro das necessidades dos interessados, respondendo aos anseios dos profissionais e aos objetivos da instituição, e que, se tratando da Enfermagem, relaciona-se à finalidade do trabalho, que é a melhoria da assistência de enfermagem.

Outro consenso evidenciado pelos participantes do estudo foi a necessidade de preparo e apoio psicológico para a equipe. O trabalho relacionado aos cuidados paliativos exige preparo emocional, haja vista a proximidade com o sofrimento, implicando em custo emocional. Algumas situações comuns em cuidados paliativos, como a agressividade de pacientes e familiares, geram demandas dos profissionais para a equipe de psicologia, situações estas que representam estresse para a equipe (NUNES, 2012).

Com base na discussão apresentada acerca das contribuições da equipe relativas ao **preparo da equipe para cuidar**, foi possível traçar as seguintes diretrizes:

- *Capacitação da equipe através de grupos de discussão no horário de trabalho, liderados pelo profissional de referência da unidade e com temas escolhidos pela equipe.* A educação em serviço é aquela que ocorre no cotidiano do processo de trabalho, considerando as experiências profissionais, visando a necessidade de solucionar as questões do cotidiano (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). O processo de educação dos profissionais em seu ambiente de trabalho proporciona capacitação e aprimoramento profissional, preparando-o para uma assistência qualificada (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). Considerando as dificuldades da equipe em participar de ações de educação permanente como cursos, palestras e treinamentos, a educação em serviço mostra-se uma boa alternativa, tendo potencial para solucionar as questões formais e ainda discutir os acontecimentos do cotidiano, através da discussão de situações reais.
- *Determinação de um profissional de psicologia para apoio a equipe.* Grupos de reflexão que tratem da atividade de cuidado dos profissionais podem funcionar como ponto de apoio para os profissionais (NUNES, 2012). Porém, para esta ação, é necessária a discussão com gestores visto que a literatura sugere que o profissional designado para esta tarefa não esteja envolvido nas atividades de cuidado aos pacientes e, portanto, exigiria a contratação de um profissional específico para esta tarefa. Entretanto, há que se considerar formas de criar espaços onde a equipe possa se expressar no cotidiano de trabalho. Reuniões periódicas com espaço para desabafos e discussões, onde os sentimentos, angústias, medos e frustrações possam ser extravasados e trabalhados em equipe, ou ainda algum espaço no decorrer dos plantões, que possa servir como espaço de escuta são opções a serem pensadas que podem ser facilmente instituídas, sem a necessidade de intervenção da instituição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível perceber coerência nas alternativas apontadas pelos profissionais que atuam com pacientes em cuidados paliativos na unidade de emergência. Portanto, considerar as necessidades apresentadas pela equipe, levando em conta a realidade dos profissionais, é fundamental para que mudanças realizadas no campo de prática sejam úteis e efetivas. As ações educativas, proposta pelos participantes deste estudo, quando inseridas no cotidiano dos profissionais, abordando temas de interesse da equipe, levam à capacitação desta. Tais ações desencadeiam melhorias efetivas na assistência prestada, garantindo qualidade de atendimento para os pacientes e ampliando a segurança dos profissionais.



As adequações visando uma assistência de qualidade, que tenham como fundamento o conceito e os princípios do cuidado paliativo, exigem tempo, porém, ouvir a equipe e traçar diretrizes baseadas na necessidade de quem efetivamente presta o cuidado e conhece a realidade da instituição é um passo inicial importante, pois norteia o foco das mudanças. Entretanto, percebe-se que muitas das diretrizes e estratégias propostas pelos participantes deste estudo, nem sempre são de governabilidade dos mesmos, o que exige uma contra partida da instituição investindo em mudanças significativas seja do ponto de vista da estrutura física, até mesmo as relacionadas ao processo de trabalho. Dentre às alterações estruturais propostas pelos participantes, ainda é necessário estudos que possam ser apresentados aos gestores, justificando os investimentos conforme necessidade da população e da instituição.

Sabe-se que o cuidado paliativo nas unidades de emergência permanecerá como realidade por muito tempo nas instituições brasileiras. Entretanto, é preciso que as diretrizes e estratégias propostas pelos participantes deste estudo sejam pensadas e ampliadas por outros estudos, a fim de permitir um cuidado efetivo e com qualidade. O cuidado é prestado por seres humanos e para outros seres humanos e, portanto, deve ser pensado por estes de maneira sensível e realista, possibilitando um cuidado humanizado e legítimo, ainda que fora das condições ideais.

## REFERÊNCIAS

BOEMER, M.R. Sobre cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.500-501, set. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. DataSUS. **Indicadores de mortalidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>>. Acesso em: mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: jan. 2014.

CHINO, F. T. B. C. Plano de cuidados: cuidados com o paciente e a família. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.

LYNCH, T.; CLARK, D.; CONNOR, S.R. **Mapping levels of palliative care development: a global update**. WCPA: London, 2011.

MACIEL, M. G. S. et al. **Crêterios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MACIEL, M.G.S. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, set./out. 2004.

NUNES, L. V. O papel do psicólogo na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. **The solid facts: palliative care**. Copenhagen; 2004.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, set. 2007.

PASTRANA et al. **Atlas dos cuidados paliativos na América Latina**. ALCP: Houston, 2012.

PIMENTA, C. A. M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. v-viii, maio-jun. 2010.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

SALES, C.A.; ALENCASTRE, M.B. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral   pessoa com neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 566-569, out. 2003.

TEIXEIRA, M; DIAMENTE, L. Palliative care: knowledge and feelings of the nurse working in internal medicine and infectious and contagious diseases units of a general hospital: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 3, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1914>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. rev. amp.. Florianópolis: Editora Insular, 2004.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As unidades de emergência de hospitais gerais claramente não são locais adequados para a permanência de pacientes internados por longa data, principalmente quando se trata daqueles em cuidados paliativos, já que não propiciam privacidade, conforto, e nem sempre condições adequadas para a permanência de acompanhantes e para a entrada de visitas.

A criação de leitos e equipes exclusivas para a realização de cuidados paliativos, respeitando seus princípios e preceitos, parece ser a melhor alternativa para que se obtenha uma assistência de qualidade, tendo em vista o crescente número de pessoas em condições crônicas ameaçadoras da vida. Porém, enquanto as condições para melhorias no sistema de saúde, de uma forma geral, não ocorrem, fica a cargo daqueles que estão no campo atuarem de maneira emergencial visando condições adequadas de atendimentos aos pacientes.

Diante dos resultados encontrados, é possível perceber que os profissionais da unidade de emergência compreendem os objetivos dos cuidados paliativos e vislumbram mudanças para a melhoria na assistência prestada, porém restam dúvidas acerca das especificidades deste tipo de cuidado e, sendo assim, não estão totalmente preparados para lidar com estes pacientes. A equipe demonstra interesse em se capacitar e sugere melhorias para a prática. Entretanto, entre o desejo dos profissionais e a realidade da instituição ainda há um descompasso pela ausência de condições que favoreça os anseios destes.

Mesmo que este descompasso ainda seja uma realidade, acredito ser possível algumas ações que minimizem algumas das dificuldades da equipe. Durante a realização das disciplinas do curso do Mestrado Profissional (MPENF/UFSC) tive a oportunidade de construir, em conjunto com a equipe, uma cartilha piloto contendo algumas informações geradoras de conflitos e dúvidas na equipe, além de informações básicas como conceitos e princípios (APÊNDICE C). A cartilha traz a possibilidade de acesso rápido e prático à informação para os profissionais que alegam não ter tempo para participar de longos cursos de capacitação.

A construção de diretrizes com o auxílio da equipe possibilita um primeiro passo para o avanço necessário dos cuidados paliativos no ambiente de emergência, pois mesmo que este não seja o ambiente ideal para o cuidado, é o local onde os pacientes continuarão sendo recebidos e permanecendo. Os resultados do presente estudo podem trazer visibilidade ao tema, por parte das diferentes esferas administrativas da saúde, possibilitando assim ações mais globais, com interesse e participação não só da instituição estudada, mas de outros órgãos públicos, visando melhorias no sistema público de saúde de uma maneira geral.

É claro que as soluções apontadas pela equipe têm limitações, visto que exigem o envolvimento institucional, além de necessitar de recursos humanos e financeiros. Porém trazem um norte para que estas mudanças iniciem na instituição estudada e também para que outras instituições que passam pelas mesmas situações e conflitos possam pensar suas soluções.

Observar diariamente a permanência de pacientes em macas nos corredores, com seus acompanhantes sentados em cadeiras, sem nenhum tipo de privacidade ou conforto me motivou a realizar esta pesquisa e, através de seus resultados, pude perceber que esta inquietação não era só minha, mas de toda a equipe, que sofre com a realidade destes pacientes e, portanto, anseia por melhores condições para a permanência dos mesmos na instituição.

Contudo, igualmente sei que tanto as medidas apontadas pelos participantes deste estudo, como a realidade da instituição pesquisada ainda merecem atenção e mais estudos que apresentem as condições de viabilidade para algumas das estratégias sugeridas. Portanto, do ponto de vista gerencial ainda seriam necessários que levasse em conta tanto o dimensionamento de pessoal para atuar com pacientes em cuidados paliativos em unidades de emergência, bem como uma reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais, tendo em conta a realidade do setor onde atuam.

Por outro lado, as medidas emergenciais apontadas pelos participantes, tais como a capacitação continuada em horário de trabalho, a presença de um profissional de referência, grupos de escuta dos profissionais diante das angústias e dificuldades que enfrentam no cuidado aos pacientes em condição paliativa, podem ser implementadas a curto e longo prazo. Para tanto, se faz

necessário o engajamento de todos os envolvidos. Com certeza, a instituição pesquisada, ao contar com um grupo que atua na área de cuidados paliativos já é um avanço. Entretanto, as ações deste grupo precisariam ampliar a esfera de atuação com a inserção de profissionais das diversas áreas necessárias para a atuação em cuidados paliativos, estruturando ações que possam estar presentes em qualquer unidade em que o paciente nesta condição estiver, mesmo em uma unidade de emergência.

Foi possível perceber, pelos depoimentos dos participantes a necessidade premente de uniformização de condutas, respeitando a individualidade de cada caso, mas organizando as ações a serem destinadas a estas pessoas e suas famílias e, proporcionando apoio e suporte aos profissionais que diariamente cuidam desta clientela.

Destacamos como sugestão a uma necessidade premente de interlocução com os profissionais da Atenção Básica, no sentido de contribuir para o cuidado domiciliar dos pacientes em cuidados paliativos. Talvez, alguns dos casos que recebemos no cotidiano das emergências, pudessem ser atendidos no âmbito do domicílio dos próprios pacientes. A parceria entre os níveis de complexidade do atendimento em saúde apenas fortaleceria o cuidado do paciente e família na perspectiva de uma integralidade cada vez mais condizente com a dignidade de todos os envolvidos. Neste sentido, seria necessário estudos que apontassem caminhos para consolidar a tão propagada e desejada “referência e contra-referência” o que na atualidade estaria coerente com as linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde nos mais variados níveis de complexidade.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ALMEIDA P.J.S.; PIRES, D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.3, p. 617-29, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>> Acesso em: 7 out. 2012.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-674, dez. 2007.

AVANCI, B. S.; GÓES, F. G. B.; CAROLINDO, F. M.; NETTO, N. P. C. Cuidados paliativos à criança oncológica na visão do viver e morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.708-716, out-dez 2009.

AZEVEDO, E.F.; BARBOSA, L.A.; CASSIANI, S.H.B. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo , v. 25, n. 5, p. 817-822, 2012.

BARUZZI, A. C.; IKEOKA, D. T. End of life and palliative care in intensive care. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 6, p. 528- 530, Nov.-Dec., 2013.

BOEMER, M.R. Sobre cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 500-501, set. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. DataSUS. **Indicadores de mortalidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>>. Acesso em: mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM 19/2002**. Cria o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: [s.n.], 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília: [s.n.], 1986.

CAPONERO, R.; VIEIRA, D. E. Urgências em cuidados paliativos. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006. p. 301-316.

CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I. C. O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, out-dez. 2013.

CARVALHO, R.T. Dispnéia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CARVALHO, R. T; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição em cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CHIBA, T.; CABRAL, L.R.B. Fadiga, sudorese e prurido. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CHINO, F. T. B. C. Plano de cuidados: cuidados com o paciente e a família. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CID, V. E. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. **Cuadernos de Bioética**, XXIII, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.

CONSOLIM, L.O. O papel do médico na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.



FIRMINO, F. O papel do enfermeiro na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

GARLET, E.R. et al. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p.535-540, jul. – ago. 2009.

GARLET, E.R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, abr. – jun. 2009.

GUEDES, J; SARDO, P; BORENSTEIN, M. Nursing in hospice care – reflection. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/740>> Acesso em: 8 jun. 2013.

HOSPICE AND PALLIATIVE NURSES ASSOCIATION - HPNA. **Celebrating 20 years promoting excellence in End-of-Life Nursing 1986-2006**. Disponível em: <[www.hpna.org](http://www.hpna.org)>. Acesso em: 13 out. 2012.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - ICN. **Definition of Nursing**. 2010. Disponível em: <<http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>>. Acesso em: out. 2013.

LYNCH, T.; CLARK, D.; CONNOR, S.R. **Mapping levels of palliative care development: a global update**. WCPA: London, 2011.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.

MACIEL, M.G.S. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MACIEL, M. G. S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, set./out., 2004.

MONTEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M.; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 242-248, jul.-set., 2010.

NUNES, L.V. O papel do psicólogo na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva: WHO, 1996.

\_\_\_\_\_. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: [s.n.], 1946.

\_\_\_\_\_. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. **Palliative care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5**. Geneva: WHO; 2007

\_\_\_\_\_. **Palliative care for older people: better practices**. Geneva: WHO; 2011.

\_\_\_\_\_. **The solid facts: palliative care**. Copenhagen: [s.n.], 2004.

OLIVEIRA, A. C.; SA, L.; SILVA, M. J. P. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 286-290, jun. 2007.

OLIVEIRA, M. C. **Enfermagem em cuidados paliativos: proposta de intervenção para a assistência à saúde dos portadores de doenças crônicas**. 126 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

PAEZ ARMENTEROS, Jovita. Enfermería y los cuidados paliativos. **Rev. Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 23, n. 4, dic. 2007. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000400001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400001&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: out. 2013.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, set. 2007.

PASTRANA et al. **Atlas dos cuidados paliativos na América Latina**. ALCP: Houston, 2012.

PEREIRA, I. Medidas de higiene e conforto. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012

PIMENTA, C. A. M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.3, p. v-viii, maio – jun. 2010.

PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F. Educação em cuidados paliativos: componentes essenciais. In: \_\_\_\_\_.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole; 2006.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. O papel da enfermeira nos cuidados paliativos. In: PIMENTA, C. M. A.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole; 2006.

SALES, C. A.; ALENCASTRE, M. B. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 566-569, out. 2003.

SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. L. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. v. 30, n. 2, p.183-189, jun. 2009.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 658-666, jul.-set. 2012.

SILVEIRA, M.H.; CIAMPONE, M.H.T.; GUTIERREZ, B.A.O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 07-16, mar. 2014.

TEIXEIRA, M; DIAMANTE, L. Palliative Care: knowledge and feelings of the nurse working in internal medicine and infectious and contagious diseases units of a general hospital: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n. 3, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1914>> .Acesso em: 16 jun. 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. rev. amp. Florianópolis: Editora Insular, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Hospital Universitário.  
**Histórico.** Disponível em: < <http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: out. 2013.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO CUIDADOS PALIATIVOS: A  
REALIDADE DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR E OS CAMINHOS  
NA CONSTRUÇÃO DE DIRETRIZES PARA O CUIDADO SOB A ÓTICA DA  
ENFERMAGEM**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº da Entrevista: \_\_\_\_

**DADOS DO SUJEITO**

Idade: \_\_\_\_

Nível de formação:

( ) Pós graduação

( ) Graduação

( ) Ensino Médio

Categoria Profissional de atuação neste setor:

( ) Enfermeiro(a)

( ) Téc. Enfermagem

( ) Aux. Enfermagem

Tempo de Formação: ( ) anos ( ) meses

Tempo de Atuação: ( ) anos ( ) meses

Tempo de Atuação no SEA-HU: ( ) anos ( ) meses

**ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL**

- O que você entende como cuidados paliativos?
- Poderia descrever algum momento da sua vida profissional ou como aluno em que você cuidou de pacientes nesta situação?
- Como você avalia o seu preparo/formação profissional para cuidar destes pacientes? Se não tem preparo, o que sugere para melhorar isso? Se tem, como fortalecer esse aspecto?
- Como você descreveria o atendimento de pacientes em cuidados paliativos no SEA?
- Como você considera que deveria ser o ambiente para cuidar destes pacientes no hospital e na SEA?
- Quais são as principais dificuldades enfrentadas por você no cuidado a esses pacientes no SEA?
- O que poderia ser feito para cuidar destes pacientes no SEA?
- Fique a vontade para colocar outras questões que acredite ser importante acerca deste tema.



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Thais Alves Matos, mestranda em Gestão do Cuidado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **CUIDADOS PALIATIVOS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR E OS CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE DIRETRIZES PARA O CUIDADO SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM** sob orientação da Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza. Esse estudo tem como objetivos: Conhecer os cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes em condição paliativa internados em uma unidade de emergência; Identificar os conhecimentos e as dificuldades da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência adulto acerca dos cuidados paliativos; e Elaborar diretrizes para o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos atendidos em uma unidade de emergência, em conjunto com a equipe de enfermagem. Os benefícios deste estudo estão relacionados a um movimento de reflexão sobre o cuidado de pacientes em situação paliativa junto da equipe de enfermagem, bem como na construção de propostas para ampliar ainda mais o cuidado a esta clientela de acordo com um processo de formação permanente dos profissionais da enfermagem. Esclarecemos que sua participação neste estudo será em dois momentos: durante uma entrevista individual sobre o tema foco deste trabalho e durante um encontro com os demais sujeitos a fim de refletirmos sobre propostas de cuidado aos pacientes em situação de cuidados paliativos na unidade de emergência. Tanto as entrevistas como os encontros serão áudio gravados e posteriormente transcritos e terão duração média de 30 minutos, sendo previamente agendado sem trazer implicações para sua atividade laboral. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto diante da abordagem do tema e/ou inibição nos encontros grupais. Caso haja desconforto pela abordagem do tema a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos a escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim e só retomaremos a entrevista quando você se sentir a vontade para fazê-lo. Se acaso houver desconforto e/ou inibição pela exposição em grupo você pode agendar um momento individual para se expressar se assim o desejar. Asseguro-lhe a **garantia** em receber esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa no tempo que lhe parecer oportuno; na liberdade de desistir, a qualquer momento, de sua participação sem qualquer prejuízo. No caso de consentir em participar desta pesquisa, lhe serão garantidas todas as informações requisitadas, bem como o sigilo de seus dados pessoais. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou pelo e-mail abaixo.

#### **Pesquisadora:**

*Ana Izabel Jatobá de Souza*  
(48) 37219480  
jatoba.izabel@ufsc.br

*Thais Alves Matos*  
(48) 8823-0486 ou 3721-9054  
thais.alves.matos@gmail.com

*Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos*  
Biblioteca Universitária Central - Setor de Periódicos (térreo)  
(48)3721-9206  
cep@reitoria.ufsc.br

### **Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima e concordo em participar dela voluntariamente.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nota:** Esse documento será assinado e rubricado em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e outra, do (a) participante da pesquisa.

Assinatura da Pesquisadora:

\_\_\_\_\_  
Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza  
COREN 34722  
jatoba.izabel@ufsc.br

\_\_\_\_\_  
Enfa. Thais Alves Matos  
COREN 201405  
thais.alves.matos@gmail.com



## APÊNDICE C – CARTILHA: ENTENDENDO CUIDADOS PALIATIVOS



Entendendo  
Cuidados  
Paliativos

#### ✓ O que são cuidados paliativos?

O tema Cuidados Paliativos é conhecido há mais de quarenta anos, quando, em 1967, *Cecily Saunders*, enfermeira, médica e assistente social inglesa fundou o *St. Christopher Hospice*, em Londres, dando início a um movimento onde o controle de sintomas e o cuidado ao ser humano de forma integral. (CREMESP, 2008; BRASIL, 2001).

Em 2011, 159 países desenvolviam algum tipo de iniciativa relacionada a cuidados paliativos. A *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) divide os países em 6 grupos de acordo com o desenvolvimento apresentado com relação aos serviços de cuidados paliativos. O Brasil, assim como Cuba, México e outros 71 países, apresenta alguma iniciativa isolada acerca dos cuidados paliativos, encaixando-se no grupo 3a. (LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011). Porém isso ainda não é o considerado ideal.

Segundo Pimenta (2010), o cuidado paliativo é um "modo de cuidar" que tem como objetivo o aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas relacionados a doenças que coloquem a vida em risco, através do alívio da dor e de outros sintomas, suporte espiritual e psicossocial, desde o diagnóstico até o fim da vida e o luto.

Mesmo com o avanço da ciência grande parte das doenças ainda não pode ser curada, estando o tratamento voltado para o controle da evolução em função da cronicidade da doença. Sendo assim, duas situações se tornariam obrigatoriedade: ou todos os doentes estariam em Cuidados Paliativos, ou só estaria em Cuidados Paliativos o doente em seus últimos momentos de vida. Esta última situação, está relacionada a um equívoco comum: pensar que cuidados paliativos são aqueles oferecidos apenas na fase final da vida, quando "não há mais nada a fazer". (CREMESP, 2008). Para se atuar em cuidados paliativos é preciso superar esta concepção, onde estão presentes as sensações de fracasso e impotência e tomar uma atitude mais ativa e positiva da terapêutica. (CID, 2012)

Diante desta situação, a abordagem paliativa e a curativa, simultaneamente, são totalmente viáveis. Na fase de diagnóstico e início de tratamento, a presença de uma equipe especializada em condição paliativa não é uma obrigatoriedade, podendo qualquer profissional desenvolver tais ações. Porém, com a progressão da doença, o tratamento curativo perde eficácia no controle de sintomas, e os Cuidados Paliativos se fazem necessários, tornando-se essenciais no momento em que a impossibilidade de cura se torna uma realidade. Neste momento, a intervenção de uma equipe treinada de profissionais, com experiência no controle de sintomas, biológicos ou não, com comunicação de qualidade, é imprescindível para que paciente e seus familiares possam compreender o processo que vivenciam. (CREMESP, 2008).

Os cuidados paliativos são, conforme definição da OMS, uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a

continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.(OMS, 2002).

Além desta definição a OMS também traz princípios que regem a aplicação dos Cuidados Paliativos, são eles:

- ✓ a promoção do alívio da dor e de outros sintomas estressantes;
- ✓ a afirmação da vida, sendo a morte como um processo natural;
- ✓ não antecipação ou postergação da morte;
- ✓ a integração de aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- ✓ a sistematização que auxilie o paciente a viver tão ativamente, quanto possível, até a sua morte;
- ✓ um sistema que dê auxílio à família e entes queridos, para que se sintam amparados durante todo o processo da doença, inclusive o luto;
- ✓ abordagem multiprofissional com foco na necessidade dos pacientes e familiares, incluindo o luto;
- ✓ melhoria da qualidade de vida e influência positiva no curso da doença;
- ✓ ação precoce, concomitantemente às medidas de prolongamento de vida, incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas.
- ✓ Alguns termos importantes:
  - **Eutanásia** - o ato de provocar diretamente a morte de um ser humano (ou de um animal), de tal modo que essa morte advinha rapidamente e sem sofrimento, seja agindo para esse fim, seja abstendo-se de agir: no primeiro caso, fala-se de eutanásia ativa, no segundo, da eutanásia passiva.
  - **Distensão** - obstinação, diagnóstica e terapêutica, e tem uma forte conotação de autoritarismo. De origem grega, significa "morte difícil e penosa". O conceito de **distensão** indica o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamentos (extraordinários) que apenas têm o objetivo de prolongar a vida biológica do doente.
  - **Oxotensão** - atitudes que vão sendo assumidas na perspectiva do bem-estar do doente, quando todas as possibilidades de diagnóstico e tratamento de uma enfermidade grave e incurável foram sendo vencidas, progressivamente. O conceito de **oxotensão** envolve a arte de bem morrer, é a chamada 'boa morte'.



#### ✓ Para quem são os cuidados paliativos?

O novo código de ética médica, em seu Capítulo V dispõe sobre a relação com pacientes e familiares e traz no Artigo 41, parágrafo único, que nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) traça em um perfil clássico dos pacientes em cuidados paliativos, que tem como principais características ser portador de enfermidade avançada e progressiva, a resposta à terapêutica curativa pouco possível, oscilação clínica, com a ocorrência várias crises de necessidades, grande impacto emocional e social para o doente e sua família, prognóstico de vida limitado e ainda a necessidade de adequação terapêutica.

É importante ressaltar que todo paciente que recebe diagnóstico de uma doença que possa ameaçar a continuidade da vida tem direito a receber cuidados paliativos, de forma concomitante aos tratamentos curativos, independente da idade, grau de dependência, ou quaisquer outras características.

Os cuidados paliativos vêm como uma resposta das ciências da saúde que visam ajudar o paciente e seus familiares a enfrentar um processo de sofrimento diante da ameaça da vida, contemplando os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. A abordagem paliativa vem baseada em uma atenção integral, individualizada, onde paciente e família formam uma unidade de cuidado, e todos que participam dos cuidados ao paciente são parte desta unidade. (Cid, V. E.) Não é apenas o paciente que vai ser cuidado, mas também sua família, que deverá receber cuidados até mesmo durante a fase de luto. (SILVA e KRUSE)

Existem escalas conhecidas internacionalmente para traçar o perfil dos pacientes com doenças ameaçadoras da vida, definindo assim o grau de cuidado a ser prestado, no Brasil a mais utilizada é a Escala de Recepção Paliativa (PPS - quadro 1). O objetivo da escala é, além de avaliar o paciente, medir o declínio das suas condições de saúde, permitindo assim certo auxílio na tomada de decisões com relação ao tratamento do paciente.

Quadro 1 – Escala de Performance Paliativa

Escala de performance paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

✓ Onde pode acontecer?

A Emergência hospitalar não é o local mais adequado para a permanência dos pacientes em cuidados paliativos, porém a realidade atual do sistema de saúde não tem permitido melhores condições para estes atendimentos.

No país atualmente existem alguns serviços exclusivos de cuidados paliativos, prestando assistência em diferentes tipos de atenção. Em todas as modalidades de atenção a presença da equipe interdisciplinar é indispensável, sendo fundamental também um bom relacionamento entre os profissionais que a compõe.

- ✓ **Ambulatório** - Os pacientes são encaminhados para atendimento ambulatorial por outras especialidades diversas e, portanto, deve haver algum tipo de comunicação entre o serviço que encaminha e o serviço que irá receber o paciente. O atendimento ambulatorial ao paciente sem possibilidades de cura visa acompanhar a evolução da doença, minimizando os efeitos dela, mantendo o quanto possível a funcionalidade do paciente. A OMS sugere que o encaminhamento dos pacientes seja feito concomitantemente ao diagnóstico, visando o início precoce destes cuidados.
- ✓ **Assistência Domiciliar** - É comum durante a evolução das doenças ameaçadoras da vida que a mobilidade torne-se uma dificuldade para o paciente, e nesses casos o atendimento domiciliar passa a ser mais indicado, visto que a ida até o ambulatório seria um transtorno para pacientes e seus familiares. Neste contexto é importante lembrar a importância do cuidador e a necessidade deste participar ativamente do cuidado. Sendo assim, nesta situação o papel da equipe também inclui o preparo do cuidador, com elucidação de qualquer dúvida que possa surgir.
- ✓ **Hospedaria** - As hospedarias são locais que tentam se aproximar a um lar para os pacientes. É algo parecido com os asilos, porém conta com equipe interdisciplinar especializada e, portanto, a assistência prestada é específica. Nestes locais a equipe está presente prestando a assistência necessária, porém não se trata de um ambiente hospitalar, o que possibilita maior liberdade e interação entre pacientes, seus familiares e equipe.
- ✓ **Enfermaria** - qualquer enfermaria tem possibilidade de realizar cuidados paliativos, porém na perspectiva destes é importante alguma atenção especial. A permanência de familiares 24 horas por dia, de forma confortável deve ser facilitada e estimulada. A atuação da equipe interdisciplinar é fundamental, e a visita coletiva é uma ótima estratégia para uma assistência realmente integrada, eficiente e de qualidade.
- ✓ **Hospital-dia** - o hospital dia pode ser implantado com vistas à realização de procedimentos que possam vir a ser necessários, sem a necessidade de uma internação hospitalar. Como a administração de medicamentos, passagem de sondas, punção de acesso subcutâneo, entre outros.

Estes serviços são ainda insuficientes para dar conta da demanda, enquanto isso, o paciente segue sendo recebido nas emergências, sendo necessária a capacitação da equipe para o cuidado a este paciente, como medida emergencial para garantia da qualidade do cuidado prestado. Além disso, existem algumas situações em que os pacientes necessitam atendimento imediato, necessitando atendimento de emergência para controle da situação, com posterior encaminhamento adequado.



#### ✓ Como fazer/prestar?

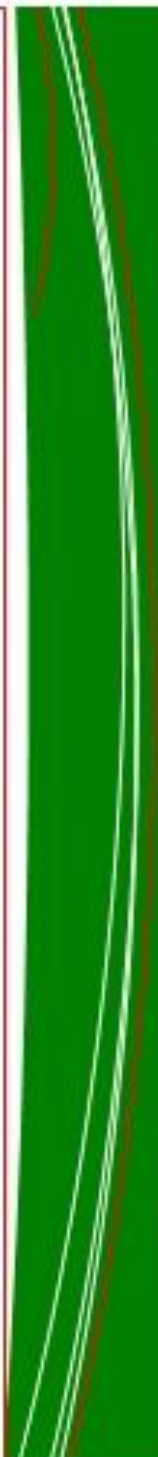
A intenção dos cuidados paliativos é prover o máximo de qualidade de vida aos pacientes até que a progressão da doença leve ao fim da vida. Dessa maneira é importante ter em mente quais as principais intercorrências que levam estes pacientes a procurar os serviços de saúde. São elas:

- Dor
- Dispneia
- Constipação e **díarreia**
- Náusea e vômito
- Delirium
- Ansiedade e depressão
- Fadiga, sudorese e **pequida**
- Anorexia e coquelua
- Hemorragias

É fácil entender o porquê da busca pelos serviços de saúde, visto que são sintomas que geram angústia em pacientes e também em seus familiares, mesmo quando orientados da possibilidade de ocorrência destes. Além da angústia existe a dificuldade de lidar com estas ocorrências em ambiente domiciliar e sem o auxílio de medicamentos corretos, sendo que em ambiente hospitalar, com profissionais capacitados os sintomas podem ser facilmente controlados, levando o paciente ao conforto, sem necessidade de medidas heroicas ou obstinadas.

#### ✓ Procedimentos comuns em cuidados paliativos

- **Hipodermoclise (HDC)** - é o termo utilizado para a infusão de soluções de reidratação. Para a administração de medicação, usa-se o termo terapia subcutânea. A via subcutânea (SC) é a primeira escolha para o paciente em cuidados paliativos com dificuldades para a obtenção de acesso venoso periférico. Comparada à via endovenosa ou intramuscular, a via SC leva maior tempo para atingir concentração sérica, porém os níveis plasmáticos se mantêm por maior tempo. A infusão máxima recomendada é de 3000ml em 24 horas, divididos 1500ml em cada sítio de punção. Algumas medicações de uso comum são contraindicadas para uso em via SC: **diazepam**, **diclofenaco**, **fentolol** e eletrólitos não diluídos. O uso desta via para infusão de sangue, soro glicosado acima de 5%, soluções coloidais e soluções com alto teor de potássio também não deverá ser empregado. É importante atentar também para a compatibilidade dos medicamentos administrados (quadro 2). A diluição dos medicamentos deverá ser de 1/1, **ou seja** para cada 1 ml de medicação, 1 ml de água destilada (preferencialmente) ou soro fisiológico. O tempo de permanência deste acesso é de 5 dias.



Quadro 2 - Compatibilidade de medicamentos para administração por via subcutânea

COMPATÍVEL INCOMPATÍVEL NÃO TESTADO	CLORPROMAZINA	DEXAMETAZONA	FENOBARBITAL	FUROSEMIDA	HALOPERIDOL	HIOSCINA	INSULINA	KETAMINA	METADONA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAM	MORFINA	OCTREOTIDA	ONDANSETRONA	RANITIDINA	TRAMADOL
CLORPROMAZINA																
DEXAMETAZONA																
FENOBARBITAL																
FUROSEMIDA																
HALOPERIDOL																
HIOSCINA																
INSULINA																
KETAMINA																
METADONA																
METOCLOPRAMIDA																
MIDAZOLAM																
MORFINA																
OCTREOTIDA																
ONDANSETRONA																
RANITIDINA																
TRAMADOL																

- Hidratação artificial - algumas vezes a queixa constante do paciente de 'boca seca' acaba levando a equipe a acreditar em uma desidratação, porém na maior parte das vezes essa queixa é relacionada a administração de medicamentos. ~~pacientes~~ na fase final da vida não se beneficiarão da hidratação artificial e muitas vezes podem ser prejudicados por ela, apresentando aumento da secreção pulmonar, ascite, derrame pleural, aumento da secreção gástrica, levando a vômitos, entre outros. Sendo assim, a queixa de boca seca é ~~melhor~~ contornada através dos cuidados com a higiene oral.
- Nutrição - na fase final o processo de digestão pode se tornar incomodo e prejudicial para o paciente, gerando desconforto abdominal, náuseas, diarreia, entre outros. Porém a não introdução de dieta causa angústia na família e por vezes no paciente, devendo então ser discutida com os mesmos, juntamente com a equipe multiprofissional, para que se possa elucidar dúvidas e prestar a melhor assistência possível para pacientes e família.
- ~~Antibioticoterapia~~ - o uso de antibióticos pode ser empregado na fase final com vistas ao controle de secreções e de outros sintomas que possam vir a ser incômodos para o paciente. Além disso, em grande parte dos pacientes uma infecção pode ser ~~facilmente contornada~~ e o ~~paciente~~ volta a sua vida rotineira, convivendo bem com suas limitações.
- Sedação Paliativa - quando o controle de sintomas não é possível mesmo através da utilização dos medicamentos sintomáticos adequados, existe a possibilidade de



utilizar-se, de forma deliberada, de fármacos para reduzir o nível de consciência do paciente. Para tal é necessário o consentimento do paciente ou de seu responsável.

Ao pensar em cuidados paliativos, o limite da vida é aceito, tendo como objetivo o cuidar e não o curar. Isso não significa a suspensão de tratamentos e a indução da morte, mas sim a compaixão, o não abandono, uma relação humanizada entre profissionais, pacientes e familiares, integrando os aspectos físicos, psicológicos e espirituais ao tratamento. (SUEDES; SARDO; BORENSTEIN, 2007).

Neste contexto é importante salientar que o cuidado paliativo não deve ser iniciado somente após o tratamento curativo ineficaz, devendo estar presente desde o início da terapêutica, visando promover qualidade de vida durante todo o tratamento. Deve-se propor um cuidado humanizado sem se esquecer da dimensão holística que deve estar presente no cuidado ao ser humano. (SALES; ALENCASTRE, 2003; TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008).

De outro ponto de vista, a equipe de enfermagem pela proximidade com o paciente, permite a formação de vínculos, conferindo ao profissional a possibilidade em conduzir o paciente ao exercício de sua autonomia. Assim, com o auxílio da enfermagem, o paciente tem a capacidade de tomar suas próprias decisões, assumindo uma posição ativa e, juntamente com a equipe, opinar sobre seu tratamento, mesmo em condição paliativa. (TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008).

Sendo assim, é importante que as equipes estejam preparadas para saber agir de maneira concomitante, tanto na visão curativa, quanto na paliativa. Ou seja, investindo no paciente com perspectivas de cura, porém sem deixar de lado o alívio de sintomas desconfortáveis através do cuidado paliativo, promovendo o apoio psicológico, a participação da família e a autonomia do paciente nas decisões inerentes ao seu tratamento.

CID, V.E. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*. XXIII, 2012.

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: 2008.

GUEDES, J.SARDO, P. BORENSTEIN, M. Nursing in hospice care: a reflection. Online Brazilian Journal of Nursing, v.6, n. 2, ago 2007. Disponível em: <<http://www.obinursing.ufr.br/index.php/nursing/article/view/740>>. Acesso em: 8 jun 2013.

LYNCH, T.; CLARK, D.; CONNOR, S.R. Mapping levels of palliative care development: a global update. WCPA: London, 2011.

MACIEL, M. G. S. Definições e Princípios. In: CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: 2008.

MACIEL, M.G.S. Organização de serviços de Cuidados Paliativos. In: ANPC - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Segunda Edição. Porto Alegre: Sulina, 2012.

OMS, Organização Mundial da Saúde. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002.

PIMENTA, C.A.M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v.23, n.3, p. v-344, mai-jun 2010.

PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F. Educação em cuidados paliativos: componentes essenciais. In: PIMENTA, C.M.A.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006.

RODRIGUES, L.F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: ANPC - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Segunda Edição. Porto Alegre: Sulina, 2012.

SALES, C.A.; ALENCASTRE, M.B. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. Revista brasileira de enfermagem, Brasília, v.56, n.3, p.566-69, out 2003.

SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. L. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) v. 30, n. 2, p.183-9, jun 2009.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.21, n.3, p. 658-66, jul-Set 2012.

TEIXEIRA, M; DIAMANTE, L. Palliative Care: knowledge and feelings of the nurse working in internal medicine and infectious and contagious diseases units of a general hospital: a qualitative study. Online Brazilian Journal of Nursing, v.7, n. 3, ago 2008. Disponível em: <<http://www.obinursing.ufr.br/index.php/nursing/article/view/1914>>. Acesso em:





Este livreto foi desenvolvido como atividade da disciplina MPE 310001 - Projetos assistenciais e de inovação tecnológica, do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado.

O objetivo foi de servir como fonte de informação rápida e prática para profissionais de enfermagem da Unidade de Emergência em assuntos relacionados a Cuidados Paliativos.

**Autoria**

Thaís Alves Mates - Enfermeira Assistencial da Emergência Adulta do HU-UFSC. Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Estadual - Curitiba-PR. Mestranda Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem - UFSC. Membro do Grupo de Estudo no



## ANEXO 1 - ESCALA DE DESEMPENHO DE KARNOFSKY

Escala de <i>performance</i> de Karnofsky	
100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90%	Minimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

**Fonte:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado paliativo.** Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.





## ANEXO 2 - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA (PPS)

Escala de performance paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

**Fonte:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado paliativo.** Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.





### ANEXO 3 - ESCALA DE DESEMPENHO DE ZUBROD

0	Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição (Karnofsky 90-100%)
1	Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70-80%)
2	Capaz de cuidar de si totalmente, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; ambulatorial e não-acamado em mais de 50% do tempo. Ocasionalmente necessita de assistência (Karnofsky 50-60%)
3	Capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado. Ambulatorial 50% do tempo ou menos. Cuidados constantes (Karnofsky 30-40%)
4	Completamente incapaz de realizar autocuidados básicos, totalmente confinado ao leito ou à cadeira. Pode necessitar de hospitalização (Karnofsky < 30%).

**Fonte:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado paliativo.** Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.



## ANEXO 4 - ESCALA DE ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA DE KATZ

<b>BANHO</b> (banho de chuveiro, banheira, ou banho de esponja)	
<b>I</b>	Não recebe assistência; entra e sai do chuveiro/banheira sem ajuda
<b>A</b>	Recebe assistência para lavar somente uma parte do corpo, tal como, as costas ou uma perna
<b>D</b>	Recebe assistência para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho
<b>VESTUÁRIO</b> (tira as roupas do armário e veste-as, incluindo roupas íntimas e roupas de passeio, com a utilização de fechos, suspensórios e colchetes, se presentes)	
<b>I</b>	Veste-se completamente sem assistência
<b>A</b>	Veste-se sem assistência, recebendo auxílio somente para amarrar os sapatos
<b>D</b>	Recebe assistência para vestir-se ou tirar as roupas do armário
<b>HIGIENE PESSOAL</b> (vai ao banheiro para as eliminações urinária e fecal, limpa-se após o ato da eliminação e arruma as roupas)	
<b>I</b>	Vai ao banheiro sem assistência, limpando-se e arrumando as roupas; pode utilizar-se de objetos para suporte como bengala, andador e cadeira de rodas; pode servir-se de comadre ou papagaio à noite
<b>A</b>	Recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar as roupas; ou recebe ajuda no manuseio de comadre/papagaio somente à noite
<b>D</b>	Não realiza o ato de eliminação fisiológica no banheiro
<b>TRANSFERÊNCIA</b>	
<b>I</b>	Deita e levanta da cama, bem como senta e levanta da cadeira sem assistência; pode-se utilizar de objetos como o andador.
<b>A</b>	Deita e levanta da cama, bem como senta e levanta da cadeira com assistência
<b>D</b>	Não se levanta da cama
<b>CONTINÊNCIA</b>	
<b>I</b>	Controle esfinteriano (urinário/fecal) completo
<b>A</b>	Ocorrência de “acidentes” ocasionais
<b>D</b>	A supervisão auxilia no controle esfinteriano, cateter é utilizado, ou é incontinente
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	
<b>I</b>	Alimenta-se sem assistência
<b>A</b>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão
<b>D</b>	Alimenta-se com assistência; ou é alimentado de forma parcial/completa, com sondas ou fluidos IV

**Fonte:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado paliativo.** Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.



## ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

**Pesquisador:** ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26400114.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 541.297

**Data da Relatoria:** 24/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

"ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR". Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que visa construir com a equipe de enfermagem de uma unidade de emergência caminhos para o cuidado de enfermagem a pacientes em condição paliativa internados neste espaço.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é elaborar uma proposta de atuação para o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos atendidos em unidade de emergência, em conjunto com a equipe de enfermagem. Secundariamente: 1) conhecer os cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes em condição paliativa internados em unidades de emergência; 2) identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem da unidade de emergência adulto acerca dos cuidados paliativos.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras asseguram que este estudo não trará riscos a integridade física dos participantes, podendo apenas trazer algum desconforto diante da abordagem do tema e/ou inibição nos encontros grupais. Caso haja desconforto pela abordagem do tema a entrevista poderá ser interrompida a fim de proceder-se a escuta atenta das razões que fazem com que o

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 541.297

participante se sinta assim, só retomando a entrevista quando o participante se sentir a vontade para fazê-lo. Se acaso houver desconforto e/ou inibição pela exposição em grupo o participante poderá agendar um momento individual para se expressar se assim o desejar.

Os benefícios deste estudo estão relacionados a um movimento de reflexão sobre o cuidado de pacientes em situação paliativa junto da equipe de enfermagem, bem como na construção de propostas para ampliar ainda mais o cuidado a esta clientela de acordo com um processo de formação permanente dos profissionais da enfermagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata o presente de um Projeto de Dissertação do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, do programa de Pós-graduação em enfermagem da UFSC, tendo como hipótese de que a discussão e a reflexão sobre a realidade vivenciada pela equipe de enfermagem de uma unidade de emergência sobre o cuidado ao paciente em condição paliativa neste espaço, possa possibilitar a sensibilização e a construção de caminhos mais congruentes com a dignidade dos seres humanos envolvidos. Além disso, possibilitará um momento para a capacitação da equipe o que ampliará ainda mais a qualidade dos serviços prestados. O projeto tem relevância científica, a documentação está completa e o TCLE atende na íntegra a Resolução CNS 466/12 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentação completa.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 541.297

FLORIANOPOLIS, 25 de Fevereiro de 2014

---

Assinador por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br